

BOSTON
MEDICAL LIBRARY



IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

Lincoln War

PHOTOGRAPHIES DES MEMBRES
DE LA
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

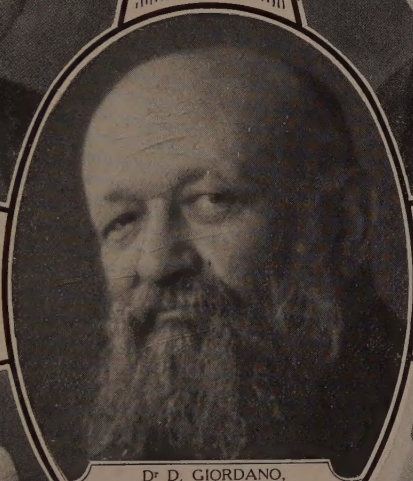
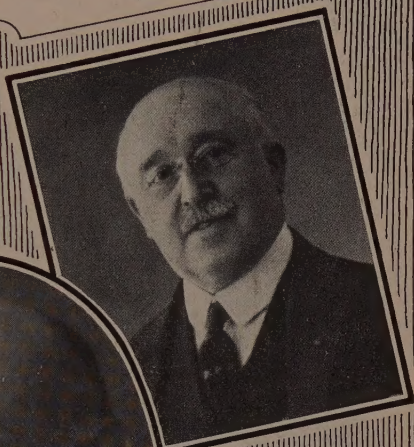
A la suite de la décision prise au Congrès de Rome, j'ai réuni en tête du deuxième volume du compte rendu les photographies de plus des deux tiers des membres de notre Association agréés par l'assemblée générale de Rome. Je regrette que tous n'aient pas répondu à mes appels réitérés. J'espère que ces clichés seront pour tous les membres un agréable souvenir et qu'ils faciliteront les échanges de vue entre ceux de nos collègues qui assisteront au Congrès de Varsovie en leur permettant de se retrouver plus facilement. J'ai groupé les photographies le plus possible par nationalités en réunissant à la fin de cet album les clichés qui me sont parvenus trop tardivement.

L. M.

Dr JULES LORTHIOIR,
Trésorier-général de la Société
Internationale de Chirurgie
(Bruxelles).



Dr CHARLES WILLEMS,
Président du Comité International
(Liège)



Dr D. GIORDANO,
Président du VII^e Congrès de la Société
Internationale de Chirurgie
(Venise).



Dr L. DOMINICI,
Secrétaire du VII^e Congrès de la Société
Internationale de Chirurgie
(Rome).



Dr LÉOPOLD MAYER,
Secrétaire général de la Société
Internationale de Chirurgie
(Bruxelles).



ARGENTINE : 3. *Gutierrez, A.* (Buenos-Ayres). — 4. *Chut o, P.* (Buenos-Ayres.) — 6. *Jorge, J.-M.* (Buenos-Ayres). — 7. *Bosch-Arana, G.* (Buenos-Ayres). — 8. *Samiento-Laspiur, R.* (Buenos-Ayres). — 14. *Del Valle, D.* (Buenos-Ayres).

YOUGOSLAVIE : 9. *Gentchitch, L.* (Belgrade). — 10. *Petroviitch, M.* (Belgrade). — 11. *Kojen, L.* (Belgrade).

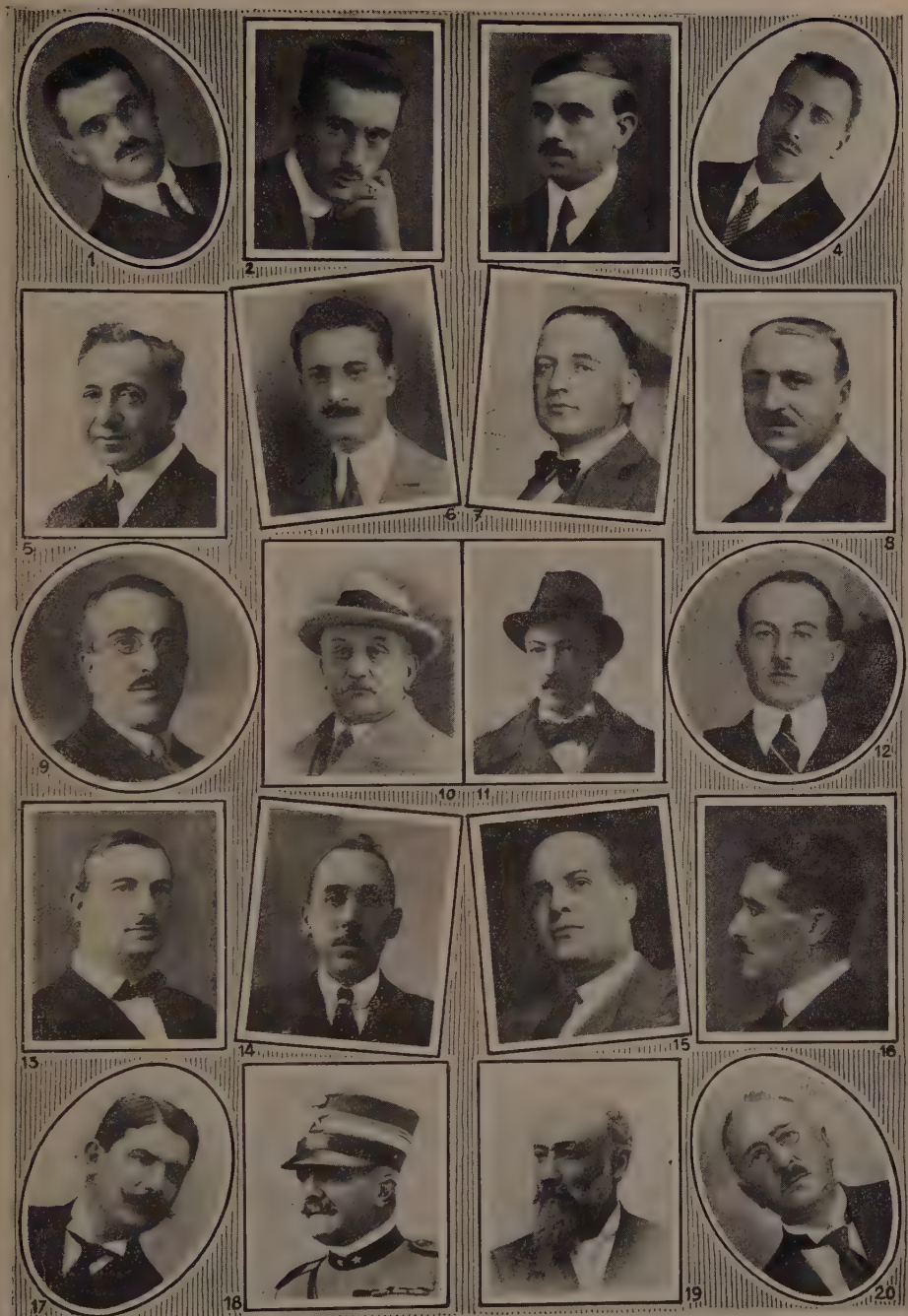
ITALIE : 1. *Marino, L.-A.* (Buenos-Ayres). — 2. *Fichera, G.* (Pavia). — 5. *Solaro, G.* (Busto Arsizio). — 12. *Bonanome, A.-L.* (Roma). — 13. *Alessandri, R.* (Roma). — 15. *Antonucci, C.* (Roma). — 16. *Uffreduzzi, O.* (Torino). — 17. *Bobbio, L.* (Torino). — 18. *Bagozzi, G.* (Roma). — 19. *Frattin, G.* (Modena). — 20. *Razzaboni, G.* (Parma).



1. *Pieri, G.* (Belluno). — 2. *Rolando, S.* (Genova). — 3. *Pellegrini, A.* (Brescia). — 4. *Brancati, R.* (Roma). — 5. *Solieri, S.* (Forlì). — 6. *Nasseti, F.* (Pisa). — 7. *Egidi, G.* (Roma). — 8. *Sbrozzi, M.* (Fano). — 9. *Putzu, F.* (Cagliari). — 10. *Pestalozza* (Roma). — 11. *Cascino, R.* (Modica). — 12. *D'Este, S.* (Crema). — 13. *D'Agata, G.* (Messina). — 14. *De Gaetano, L.* (Napoli). — 15. *Falcone, R.* (Cosenza). — 16. *Gussio, S.* (Roma). — 17. *Biancheri, A.* (Modena). — 18. *Dal Collo, G.* (Milano). — 19. *Marogna, P.* (Sassari). — 20. *Delitala, F.* (Venezia).



1. Mioni, G. (Foligno). — 2. Artom di Sant'Agnes, V. (Roma). — 3. Porta, S. (Sulmona). — 4. Luxardo, A. (Udine). — 5. Vignolo, Q. (Lucca). — 6. Donati, M. (Padova). — 7. Fasiani, M. (Padova). — 8. Bastianelli, R. (Roma). — 9. Rossi, B. (Milano). — 10. Putti, V. (Bologna). — 11. Chiasserini, A. (Roma). — 12. Cappelli, L. (Ancona). — 13. Pascale, G. (Napoli). — 14. Taddei, D. (Pisa). — 15. Tusini, G. (Genova). — 16. Lusena, G. (Genova). — 17. Silvestrini, L. (Rimini). — 18. Cermenati, A. (Teramo). — 19. Perez, G. (Roma). — 20. Muscatello, G. (Catania).



1. Gamberini, C. (Bologna). — 2. Odescalchi, I. (Milano). — 3. Niosi, F. (Pisa). — 4. Pennisi, A. (Messina). — 5. De Francesco, D. (Venezia). — 6. Baggio, G. (Roma). — 7. Stoppato (Parma). — 8. Stropeni, L. (Torino). — 9. Scalone, I. (Milano). — 10. Carbonelli, G. (Roma). — 11. D'Agostino, F. (Imola). — 12. Rossi, F. (Milano). — 13. Tasca, P. (Portogruaro). — 14. Fiori, P. (Modena). — 15. Aperlo, G. (Milano). — 16. Borghi, M. (Milano). — 17. Burci, E. (Firenze). — 18. Castigliola, O. (Venezia). — 19. Segale, G.-C. (Genova). — 20. Gangitano, C. (Palermo).



1. *Torraca, L.* (Napoli). — 2. *Mattoti, A.* (Chieti). — 3. *De Fabi, A.* (Roma). — 4. *Leotta, N.* (Bari). — 5. *Rossi, F.* (Aquila). — 6. *Lenzi, L.* (Buenos-Ayres). — 7. *Forni, G.* (Bologna). — 8. *Chiarolanza, R.* (Napoli). — 9. *Purpura, F.* (Palermo). — 10. *Carle, A.* (Torino). — 11. *Bolognesi, G.* (Siena). — 12. *Anzilotti, G.* (Livorno). — 13. *Rostirolla, A.* (Trente). — 14. *Tansini, I.* (Pavia). — 15. *Bastianelli, Pietro* (Milano). — 16. *Serafini, G.* (Torino). — 17. *Schiassi, B.* (Bologna). — 18. *Margarucci, D.* (Roma). — 19. *Dalla Vedova, R.* (Roma). — 20. *Roncali, B.* (Napoli).



AUSTRALIE : 2. Lotz, H.-Y. (Perth). — 3. Mc Callum (Melbourne).
 CANADA : 1. Hicks (Winnipeg). — 4. Archibald, E. (Montréal). — 5. Cameron J.-H. (Toronto). —
 6. Eberts, E.-M. (Montréal). — 7. Starr, C. (Toronto). — 8. Maclean N.-J. (Winnipeg). —
 9. Gray, H. (Montréal). — 10. Simard, A. (Québec). — 11. Grondin, C. (Paris). — 12. Starr,
 F.-N.-G. (Toronto). — 13. Bruce, H.-A. (Toronto). — 14. Shepherd, F.-J. (Montréal). —
 15. Bazin, A.-T. (Montréal). — 16. Vézina, C. (Québec). — 17. Saint-Jacques, E. (Montréal). —
 18. Halpenny, J. (Winnipeg). — 19. Primrose, A. (Toronto) — 20. Armstrong, G.-E. (Montréal).



1. Cahen, J. (Bruxelles). — 2. Martin, P. (Bruxelles). — 3. Pinchart, J.-J. (Bruxelles). —
 4. Sebrechts, J. (Bruges). — 5. Thomsin, A. (Anvers). — 6. De Baisieux, G. (Louvain). —
 7. De Graeuwe, A. (Bruxelles). — 8. Van Haelst, A. (Gand). — 9. Lauwers, E. (Courtrai). —
 10. Sluys, F. (Bruxelles). — 11. Rouffart, Edm. (Bruxelles). — 12. Van der Linden, O. (Gent-
 brugge). — 13. Delchef, J. (Bruxelles). — 14. Lebrun, E. (Namur). — 15. Lambotte, A. (Esneux). —
 16. Tytgat, E. (Gand). — 17. Derache, P. (Bruxelles). — 18. Herman, Fr. (Anvers). —
 19. Moreau, J. (Bruxelles). — 20. Loicq, R. (Bruxelles).



PORTUGAL: 1. *Cabeça, C.* (Lisbonne). — 2. *Gentil, F.* (Lisbonne). — 3. *Da Costa-Sacadura* (Lisbonne). — 4. *da Fonseca, A.* (Coimbra). — 5. *Mac-Bride, A.* (Lisbonne). — 6. *Bastos, H.* (Lisbonne). — 7. *Monjardino, A.* (Lisbonne). — 8. *Coelho, F.-P.* (Lisbonne). — 9. *de Souza, S.* (Lisbonne). — 10. *Franchini, P.* (Porto). — 11. *Lima, C.* (Porto). — 12. *dos Santos, R.* (Lisbonne). — 13. *de Magalhaes, J.* (Lisbonne). — 14. *Pereira, T.* (Lisbonne). — 15. *Gomès, A.* (Lisbonne). — 16. *Lorthioir, P.* (Bruxelles). — 17. *Parisel, Ch.* (Bruxelles). — 18. *Goormaghtich, N.* (Gand). — 19. *Marcelle, G.* (Bruxelles). — 20. *Cheval, M.* (Bruxelles).



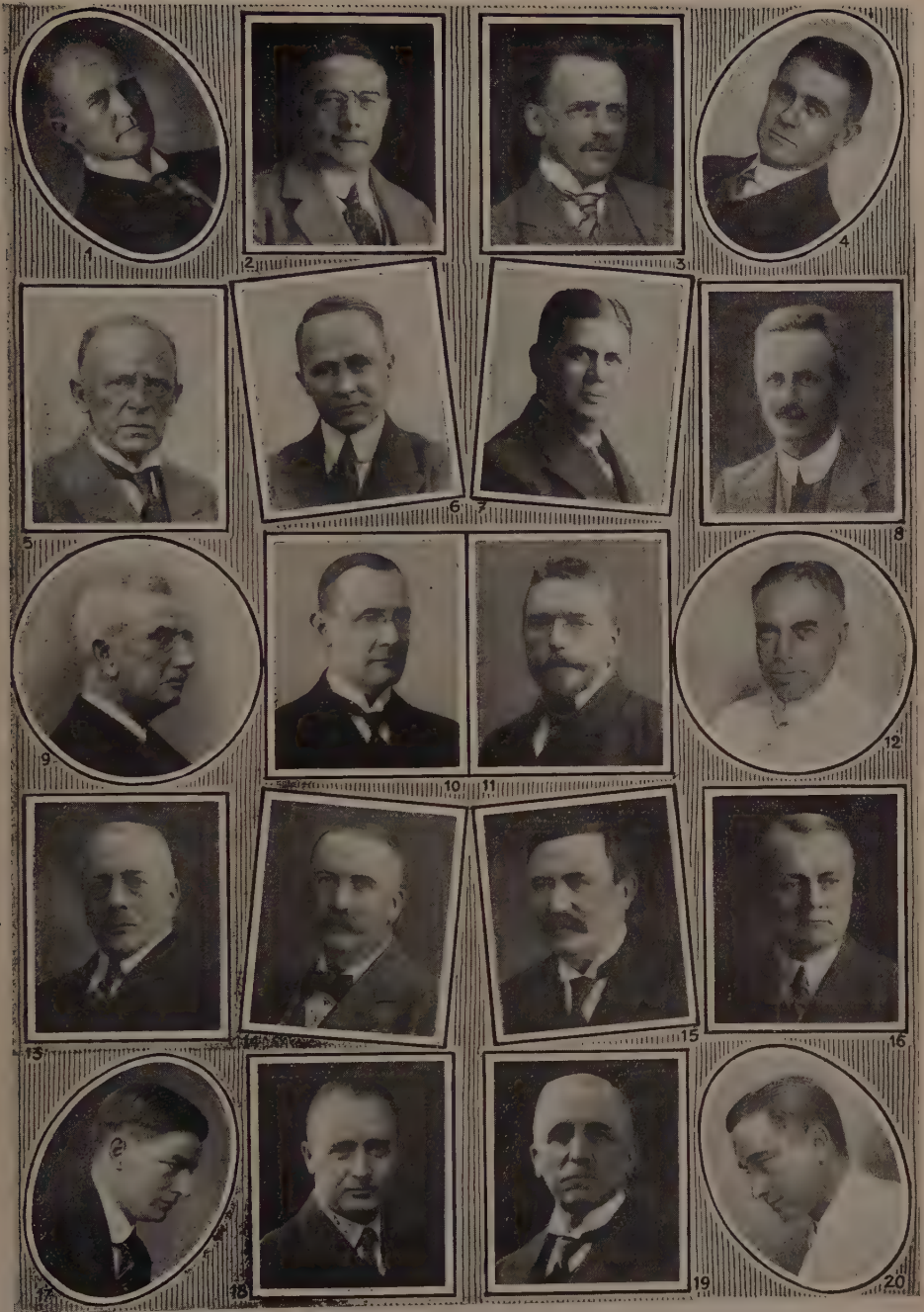
TCHÉCO-SLOVAQUIE : 1. *Jedlická, R.* (Prague). — 2. *Diois, J.* (Prague). — 3. *Rejsek, J.* (Prague). — 4. *Zahradnický, J.* (Brno). — 5. *Schnurpfeil, C.* (Caslav). — 6. *Polak, O.* (Cesky-Brod). — 7. *Zahradnický, F.* (Prague). — 8. *Petrivalský, J.* (Prague). — 9. *Jirasek, A.* (Prague). — 10. *Niederle, B.* (Kladno). — 11. *Vana, A.* (Brno).
 BELGIQUE : 12. *Van Hassel, V.* (Pâturages). — 13. *Van der Stricht, N.* (Anvers). — 14. *Verhoo-gen, J.* (Bruxelles). — 15. *Albert, F.* (Liège). — 16. *Beckers, R.* (Bruxelles). — 17. *Maffei, A.* (Bruxelles). — 18. *De Smeth, J.* (Bruxelles). — 19. *Lemoine, G.* (Bruxelles). — 20. *Roersch, Ch.* (Liège).



JAPON : 1. *Shiota, H.* (Tokio). — 2. *Kôndô, T.* (Tokio). — 3. *Miyake, H.* (Kyûshu). — 4. *Goto, S.* (Kyûshu).

BRESIL : 5. *Chapot-Prévost, R.* (Rio de Janeiro). — 6. *Brandão, A.* (Rio de Janeiro).
 DANEMARK : 7. *Guildahl, P.* (Copenhague). — 8. *Roussing, T.* (Copenhague). — 9. *Ipsen, J.* (Sønderborg). — 10. *Reinsholm, V.* (Copenhague). — 11. *Køster, H.-S.* (Naestved). — 12. *Sølling, O.* (Horsens). — 13. *Strandgaard, H.* (Aarhus). — 14. *Blad, A.* (Copenhague). — 15. *Gammeltoft, S.-A.* (Copenhague).

ETATS-UNIS : 16. *Keen, W.* (Philadelphie). — 17. *Watts, S.* (Charlottesville). — 18. *Goodman, C.* (New-York). — 19. *Kanavel, A.-B.* (Chicago). — 20. *Graham, E.* (Saint-Louis).

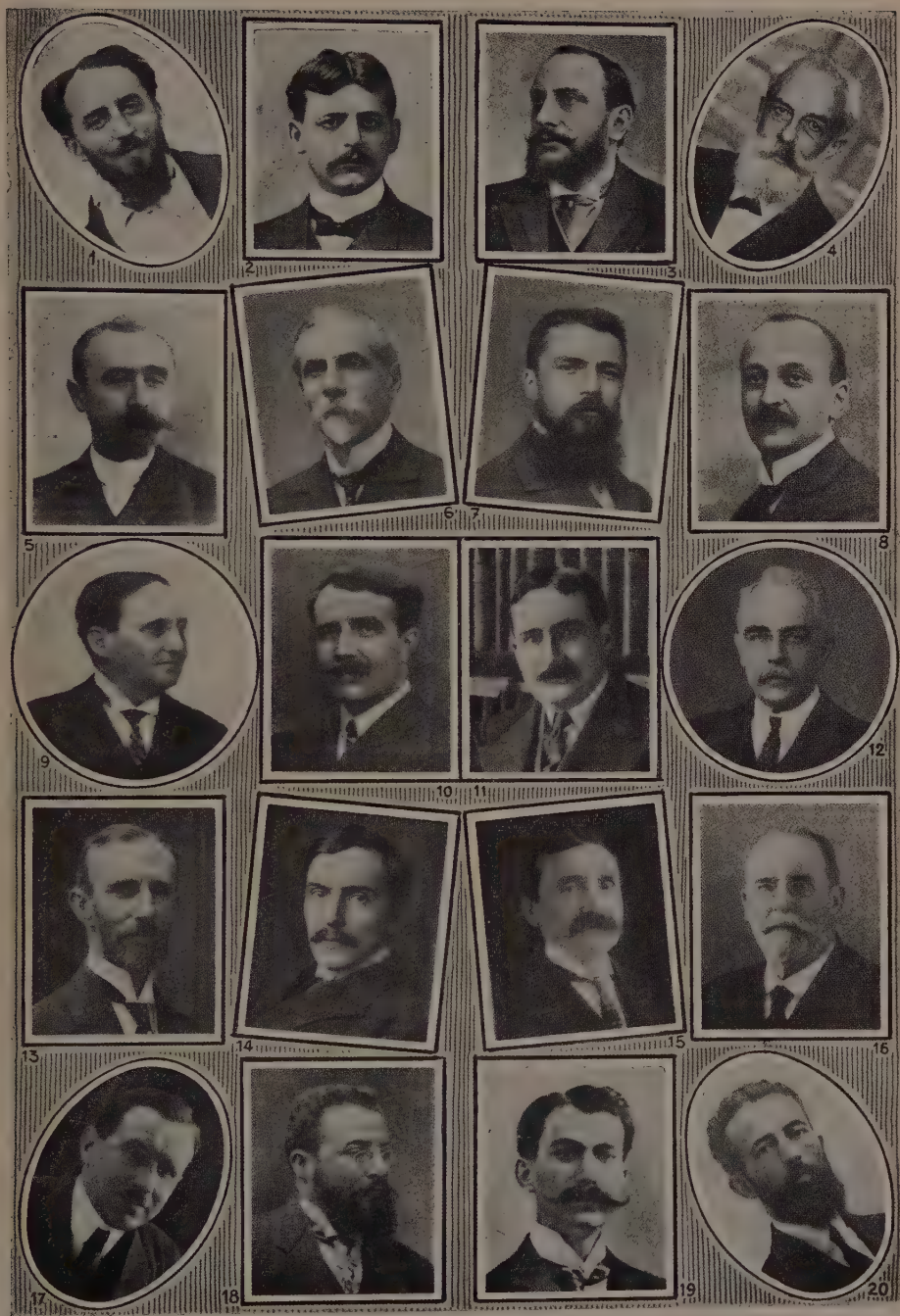


1. Lendorf, A. (Copenhagen). — 2. Helsted, A. (Copenhagen). — 3. Wessel, C. (Copenhagen). — 4. Kjargaard, S. (Copenhagen). — 5. Schallemose, V. (Copenhagen). — 6. Müller, S. (Odense). — 7. Andersen, V.-F. (Copenhagen). — 8. Collin, I. (Copenhagen). — 9. Möller, P.-K. (Odense). — 10. Frölich, E. (Copenhagen). — 11. Bloch, O. (Copenhagen). — 12. Eiken, Th. (Aalborg). — 13. Bornemann, A.-C. (Copenhagen). — 14. Fenger, J. (Copenhagen). — 15. Boysen, J. (Kolding). — 16. Hartmann S.-P. (Copenhagen). — 17. Lunn, K. (Haderslev). — 18. Aagaard, O.-C. (Copenhagen). — 19. Hansen, P.-N. (Copenhagen). — 20. Permin, C. (Hellerup).



EGYPTE: 1. Calzolari, A. (Alexandrie). — 2. Madden (Le Caire). — 3. Petridis, P. (Alexandrie). — 4. Ibrahim, A. (Le Caire). — 5. Petridis, A. (Alexandrie). — 6. Abdul Hamid (Kalioub). — 7. Puy-Haubert, A. (Alexandrie). — 8. Crescenzi, G. (Alexandrie). — 9. Papayannou, Th. (Le Caire). — 10. Lombardo, A. (Alexandrie). — 11. Latis Bey (Alexandrie). — 12. Tsatsanis, M. (Alexandrie). — 13. Escher, A. (Alexandrie). — 16. Voronoff, S. (Paris).
 FRANCE: 14. Bodolec (Quimper). — 15. Rouvillois, H. (Paris). — 17. Riche, V. (Montpellier). — 18. Pauchet, V. (Paris). — 19. Wiart, P. (Paris). — 20. Cotte (Lyon).





1. Schwartz, A. (Paris). — 2. Baudet (Paris). — 3. Mériel (Toulouse). — 4. Hartmann, H. (Paris). — 5. Moulouguet, A. (Amiens). — 6. Alglave, P. (Paris). — 7. Lejars, F. (Paris). — 8. Gross, G. (Paris). — 9. Jourdan, M. (Marseille). — 10. Heitz-Boyer (Paris). — 11. Lenormand, Ch. (Paris). — 12. Auray, M. (Paris). — 13. Labey, G. (Paris). — 14. Monod, R. (Paris). — 15. Fredet, P. (Paris). — 16. Faure, J.-L. (Paris). — 17. Chaton, M. (Besançon). — 18. Savariaud, M. (Paris). — 19. Lardennois, G. (Paris). — 20. Barthélémy, M. (Nancy).



1. Regaud (Paris). — 2. Grégoire (Paris). — 3. Marquis, E. (Rennes). — 4. Okinczyc, J. (Paris). — 5. Ombredanne, L. (Paris). — 6. Robineau, M. (Paris). — 7. Verchère, F. (Paris). — 8. Peugniez, P. (Paris). — 9. Mathieu, P. (Paris). — 10. Gosset, A. (Paris). — 11. Schwartz, A. (Paris). — 12. Baumgartner, A. (Paris). — 13. Jeanneney, G. (Bordeaux). — 14. Clermont (Toulouse). — 15. Chevassu, M. (Paris). — 16. Hamant, A. (Nancy). — 17. Boeckel, J. (Strasbourg). — 18. Sébilleau, P. (Paris). — 19. Le Dentu (Paris). — 20. Témoin, D. (Bourges).



1. Hertz, J. (Paris). — 2. Proust, R. (Paris). — 3. Guyot, J. (Bordeaux). — 4. Michon, Ed. (Paris). — 5. Chavannaz, G. (Bordeaux). — 6. Gross, F. (Nancy). — 7. Sorrel (Paris). — 8. Thevenot, L. (Lyon). — 9. Le Fort, R. (Lille). — 10. Picot, G. (Paris). — 11. Albertin, H. (Lyon). — 12. Civel, V. (Brest). — 13. Forgue, E. (Montpellier). — 14. Costantini, H. (Alger). — 15. Sorel, R. (Paris). — 16. Dartigues, L. (Paris). — 17. Fraelich, R. (Nancy). — 18. de Fourmestraux (Chartres). — 19. Delore, X. (Lyon). — 20. Bérard, L. (Lyon).



1. Simon, R. (Strasbourg). — 2. Beguin, P. (Bordeaux). — 3. Nové-Josserand (Lyon). — 4. Jeanbrau, E. (Montpellier). — 5. Delagénère, H. (Le Mans). — 6. Delbet, P. (Paris). — 7. Roux-Berger, J.-L. (Paris). — 8. Duval, P. (Paris). — 9. Abadie, J. (Oran). — 10. Curtillet, J. (Alger). — 11. Desgouttes, L. (Lyon). — 12. Chauvin, E. (Marseille). — 13. Leriche, R. (Strasbourg). — 14. Perrin, E. (Lyon). — 15. Vignard, P. (Lyon). — 16. Sieur, G. (Paris). — 17. Tixier, L. (Lyon). — 18. Patel, M. (Lyon). — 19. Viannay, Ch. (Saint-Etienne). — 20. Vanverts, J. (Lille)



1. Tedenat, E. (Montpellier). — 2. Imbert, L. (Marseille). — 3. Tavernier, L. (Lyon). — 4. Bazy, L. (Paris). — 5. Launay, P. (Paris). — 6. Rocher, L. (Bordeaux). — 7. Michel, G. (Nancy). — 8. Moure, P. (Paris). — 9. Bazy, P. (Paris). — 10. Témoin, D. (Bourges). — 11. Gorse, P. (Toulouse). — 12. Vidal, F. (Bapaume). — 13. Sébilleau (Paris). — 14. Quénu, E. (Paris). — 15. Gayet, G. (Lyon). — 16. Wertheimer, P. (Lyon). — 17. Cunéo, B. (Paris). — 18. Grégoire, R. (Paris). — 19. Tuffier (Paris). — 20. Lambret, O. (Lille).



1. Dunhill, T.-P. (Londres). — 2. Openshaw, H.-R. (Londres). — 3. Rowlands, R.-P. (Londres). — 4. Sheen, A.-W. (Llandough). — 5. Walton, A.-J. (Londres). — 6. Wheeler, Sir William de Courcy (Dublin). — 7. Simpson, G. (Liverpool). — 8. Jones, Sir Robert (Liverpool). — 9. Evans, J.-H. (Londres). — 10. Fraser, J. (Edimbourg). — 11. Moynihan, Sir Berkeley (Leeds). — 12. Johnson, A.-E. (Londres). — 13. Bush, J.-P. (Bristol). — 14. Power, Sir John d'Arcy (Londres). — 15. Kelly, R.-E. (Liverpool). — 16. Ballance, Sir Charles (Londres). — 17. Waugh, G.-E. (Londres). — 18. Back, I. (Londres). — 19. Stoney, R.-A. (Dublin). — 20. Billington, W. (Birmingham).



1. O'Malley, J.-F. (Londres). — 2. Edington, G.-H. (Glasgow). — 3. Slesinger, E.-G. (Londres). —
 — 4. Patrick, J. (Glasgow). — 5. Chapman, C.-L. (Grimby). — 6. Roberts, J.-E.-H. (Londres). —
 — 7. Souttar, H.-S. (Londres). — 8. Pybus, F.-C. (Newcastle-on-Tyne). — 9. Clay, J. (Newcastle-
 on-Tyne). — 10. Martin, W. (Penarth-Glam). — 11. Mort, S. (Londres). — 12. Burgess, A.-H.
 (Manchester). — 13. Mitchiner, P.-H. (Londres). — 14. Thomas, W. (Liverpool). — 15. Bristow,
 W.-R. (Londres). — 16. Macewen, J.-A. (Glasgow). — 17. O'Malley, M. (Galway). —
 18. Coupland, J.-A. (Leeds). — 19. Donaldson, M. (Londres). — 20. Young, A. (Glasgow).



GRÈCE : 1. Geroulanos, M. (Athènes). — 2. Kokoris, D. (Athènes).
ISLANDE : 3. Matthiasson, S. (Akureyri). — 4. Einarsson, M. (Reykjavik).

EMPIRE BRITANNIQUE : 5. Beresford-Jones, A.-B. (Canterbury). — 6. Colt, G.-H. (Aberdeen). — 7. Hutton, A. (Glasgow). — 8. Fairbank, H.-A.-T. (Londres). — 9. Taylor, W. (Dublin). — 10. Anderson, W. (Aberdeen). — 11. Gask, G. (Londres). — 12. Tubby, A.-H. (Londres). — 13. Groves, E. (Bristol). — 14. Turner, G.-Grey (Newcastle-on-Tyne). — 15. Ward, B. (Birmingham). — 16. Greer, W.-J. (Newport). — 17. Monsarrat, K.-W. (Liverpool). — 18. Handley, W.-S. (Londres). — 19. Fullerton, A. (Belfast). — 20. Harries, D.-J. (Cardiff).



1. Carson, N. (St. Louis, M.). — 2. Speed, K.-H. (Chicago). — 3. Gibson, C.-L. (New-York). — 4. Hupp, F.-L. (Wheeling, West Virginia). — 5. Kammerer, F. (Berne). — 6. Brewer, J.-E. (New-York). — 7. Davis, Lincoln (Boston, Mass.). — 8. Cushing, H. (Boston, Mass.). — 9. Mc Williams, C. (New-York). — 10. Wainwright, J. (Scranton, Pa.). — 11. Beer, E. (New-York). — 12. Freeman, L. (Denver, Col.). — 13. Brinsmade, W. (Brooklyn). — 14. Lyle, H. (New-York). — 15. Wood, A.-C. (Philadelphie, Pa.). — 16. Jonas, A.-I. (Omaha, Neb.). — 17. Porter, M.-F. (Fortwaine, Ind.). — 18. Frazier, C.-H. (Philadelphie). — 19. Ashhurst, A.-P.-C. (Philadelphie). — 20. Meyer, W. (New-York).

Voir aussi page 12.



1. Pool, E.-A. (New-York). — 2. Deaver, J.-B. (Philadelpha). — 3. Estes, W. (S. Bethlehem Pa.).
 4. Crile, G.-W. (Cleveland). — 5. Clark, J.-B. (New-York). — 6. Harris, M.-L. (Chicago). —
 7. Darrach, W. (New-York). — 8. Carrel, A. (New-York). — 9. Bloodgood, J. (Baltimore). —
 10. Stillman, S. (San Francisco). — 11. Abbe, R. (New-York). — 12. Young, H. (Baltimore). —
 13. Halstead, A. (Chicago). — 14. Law, A.-A. (Minneapolis). — 15. Ramsdell, E.-G. (New-
 York). — 16. Gibbon, J.-H. (Philadelphie). — 17. Van der Veer, A. (Albany N. Y.). —
 18. Eastman, J.-R. (Indianapolis). — 19. Balfour, D. (Rochester). — 20. Miller, R. (Baltimore).



1. Moschkowitz, A.-V. (New-York). — 2. Lower, W. (Cleveland). — 3. Coffey, R. (Portland). — 4. Abott, E.-G. (Portland). — 5. Mc Ausland, W.-R. (Boston). — 6. Mayo, W.-J. (Rochester). — 7. Winslow, R. (Baltimore). — 8. Gibbon, J.-H. (Philadelphie). — 9. Hartwell, J.-A. (New-York). — 10. Blake, J.-A. (New-York). — 11. Lewis, D. (Baltimore). — 12. Mc Arthur L.-L. (Chicago). — 13. Peck, C. (New-York). — 14. Mayo, Ch. (Rochester). — 15. Bunts, F.-E. (Cleveland). — 16. Matas, R. (New-Orléans). — 17. Mudd, H.-G. (Saint-Louis). — 18. Parham, F.-W. (New-Orléans). — 19. Da Costa, J.-Ch. (Philadelphie). — 20. Vaughan, G.-T. (Washington).



SUÈDE : 1. *Bergström, L.* (Ljungby). — 2. *Hybbinette, S.* (Stockholm). — 3. *Olivecrona, H.* (Stockholm). — 4. *Hansson, H.-E.* (Stockholm). — 5. *Lindqvist, S.* (Södertälje). — 6. *Rietz, T.-S.* (Vernamo). — 7. *Eckman, T.* (Boden). — 8. *Aleman, O.* (Stockholm). — 9. *Löjberg, O.-L.* (Malmö). — 10. *Lönnberg, I.* (Karlshamn). — 11. *Gie tz, K.* (Stocksund). — 12. *Ekehorn, G.* (Stockholm). — 13. *Troell, A.* (Stockholm). — 14. *Johanson, S.* (Göteborg). — 15. *Lind, E.* (Ornsköldsvik). — 16. *Kaijer, F.* (Hernösand). — 17. *Waller, E.* (Lidköping).
 ETATS-UNIS : 18. *Lilienthal, H.* (New-York). — 19. *Jones, D.* (Boston). — 20. *Woolsey, G.* (New-York).



ESPAGNE : 1. Gallart-Monès, F. (Barcelone). — 3. Tello, B. (Séville). — 4. Trias-Pujol, J. (Barcelone). — 5. Bartrina, J. (Barcelone). — 6. Macdonald, J. (Huelva). — 7. Escribano, V. (Grenade). — 8. Sansalvador, S. (Barcelone). — 9. Pujoly Brull, A. (Barcelone). — 10. Blanco, J.-N. (Saragosse). — 11. Lozano-Monzon, R. (Saragosse). — 12. San Ricart, R. (Barcelone). — 13. Recasens y Girol, S. (Madrid). — 14. Vilardell, J.-M. (Barcelone). — 15. Corachan-García, M. (Barcelone). — 16. Mosso, L.-R. (Logrono). — 17. Cortes-Llado, A. (Séville). — 18. Villardell, Jacinto (Barcelone). — 19. Saldana-Larrazainzar, A. (Bilbao). — 20. Compan, V. (Barcelone).
 PÉROU : 2. Denegri, J. (Lima).



POLOGNE : 1. Solman, T. (Varsovie). — 4. Krotowski, J. (Poznan). — 5. Kowalski, W. (Poznan). — 6. Lewenstern, E. (Varsovie). — 7. Ostrowski, T. (Lwów). — 8. Lesniowski, A. (Varsovie). — 9. Stankiewicz, C. (Varsovie). — 10. Gurbiski, S. (Varsovie). — 11. Zurakowski, W. (Varsovie). — 12. Lapinski, W. (Varsovie). — 13. Gruca, A. (Lwów). — 14. Sawicki, R. (Varsovie). — 15. Bursche, E. (Varsovie). — 16. Szpilman, K. (Varsovie). — 17. Jurasz, A. (Poznan). — 18. Ciechomski, A. (Varsovie). — 19. Krynski, L. (Varsovie). — 20. Nowakowski, K. (Poznan).

FINLANDE : 2. Faltin, R. (Helsingfors). — 3. Strahle, L. (Abo).



1. Radlinski, Z. (Varsovie). — 2. Lubelski, M. (Varsovie). — 3. Goldstein, P. (Varsovie). — 4. Niewiadowski, F. (Poznan). — 5. Wrzesniowski, L. (Czentochowa). — 6. Filipowicz, W. (Varsovie). — 7. Glatzel, J. (Cracovie). — 8. Ruff, S. (Lwów). — 9. Witkowski, E. (Varsovie). — 10. Erlich, E. (Varsovie). — 11. Szper, J. (Varsovie). — 12. Tymieniecki, E. (Varsovie). — 13. Kaczynski, C. (Varsovie). — 14. Michedja, K. (Wilno). — 15. Wertheim, A. (Varsovie). — 16. de Dziembowski, S. (Bydgoszcz). — 17. Goldman, A. (Lodz). — 18. Schramm, H. (Lwów). — 19. Zawadzki, A. (Varsovie). — 20. Jakimiak, B. (Varsovie).



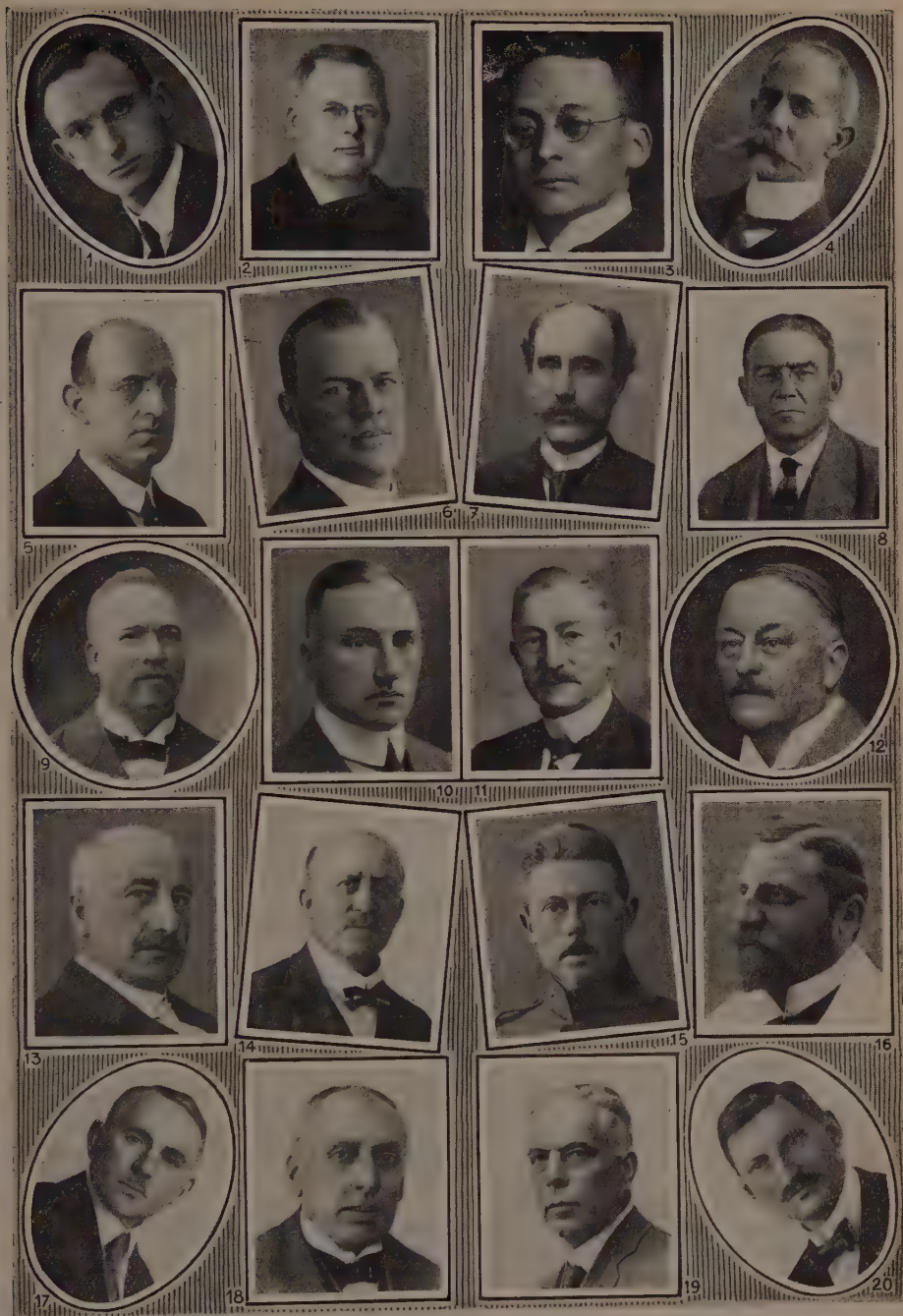
RUSSIE : 1. *Dobrowolskaia, N.* (Paris). — 2. *Silberberg, J.-W.* (Odessa). — 3. *Schamoff, W.-N.* (Charkow). — 4. *Gorache, V.* (Leningrad). — 5. *Fedoroff, S.* (Leningrad). — 6. *Alexandroff, W.* (Leningrad). — 7. *Herzen, P.* (Moscou). — 8. *Krassintzeff, B.* (Moscou). — 9. *Kornmann, J.* (Odessa). — 10. *Plotkin, Th.* (Krasnodar).

LETTONIE : 11. *Mintz, W.* (Riga).

ROUMANIE : 12. *Léonte* (Bucarest). — 13. *Caplesco, P.* (Bucarest). — 14. *Ignatescu, M.* (Bucarest). — 15. *Daniel, C.* (Bucarest). — 16. *Jacobovici* (Cluj). — 17. *Petrescu, G.* (Yud Bibor). — 18. *Gerota, D.* (Bucarest). — 19. *Juvara, E.* (Bucarest). — 20. *Jiano, A.* (Bucarest).



NORVÈGE: 1. *Holst, A.* (Drontheim). — 2. *Ingebrigtsen, R.* (Stavanger). — 3. *Smit, L.* (Bergen). — 4. *Magnus, V.* (Oslo). — 5. *Sandberg, J.* (Bergen). — 6. *Henriksen, P.* (Skien). — 7. *Grøndall, B.* (Oslo).
 PAYS-BAS: 8. *Schoemaker, J.* (Scheveningen). — 9. *Ruys, C.-L.-W.* (Haarlem). — 10. *Goedhuis, J.* (Deventer). — 11. *Hustinx, E.* (Heerlen). — 12. *Van der Hoeven, J.* (Eelde). — 13. *Duquesne, J.* (Roermond). — 14. *Sikemeier, E.-W.* (Arnhem). — 15. *Boeve, H.-J.* (Rotterdam). — 16. *Maasland, H.* ('s Gravenhage). — 17. *Zaaijer, J.* (Leyde). — 18. *Koch, C.-F.-A.* (Groningen). — 19. *Kuijjer, J.-H.* (La Haye). — 20. *Van der Horn-Van den Bos, J.-J.* (Nimègue).



1. Koch, C.-F. (Middelburg). — 2. Bakker, H. (Heerlen). — 3. Beuckers, A.-C.-M. (Tilbourg). — 4. Jessurun, M. (Haarlem). — 5. Bakker, J. (Amsterdam). — 6. Renssen, W. (Arnhem). — 7. Polak, M. (La Haye). — 8. De Bruine-Groeneveld, J.-R. (Leiden). — 9. Van Campen, J. (Amsterdam). — 10. Staverman, A. (Vlissingen). — 11. Offerhaus, H.-K. (Deventer). — 12. Rutgers, M. ('s Gravenhage). — 13. Kappers, O. (Groningen). — 14. Oidman, A. (Amsterdam). — 15. Fockens, P. (Rotterdam). — 16. Scheffelaar-Klots, P. (Haarlem). — 17. Pimendel, M.-H. (Amsterdam). — 18. Mac Gillavry, D. (Amsterdam). — 19. Van der Goot, D.-H. ('s Gravenhage). — 20. de Graaf, J. (Heerenveen).



1. Hagenbach, E. (Bâle). — 2. Veyrassat, J. (Genève). — 3. Iselin, H. (Basel). — 4. Rollier, A. (Leyzin). — 5. Dunant, R. (Genève). — 6. Bircher, E. (Aarau). — 7. Dardel, G. (Berne). — 8. Matthey, A.-E. (Neuchâtel). — 9. Paschoud, H. (Lausanne). — 10. Clément, G. (Fribourg). — 11. Buscarlet, F. (Genève). — 12. Veillon, E. (Bâle). — 13. Wildbolz, H. (Berne). — 14. Martin du Pan, Ch. (Genève). — 15. Fritzsché, E. (Glarus). — 16. Steinmann, F. (Berne). — 17. Luthi, A. (Thun). — 18. Wydler, A. (Zurich). — 19. Brun, H. (Lucerne). — 20. Seiler, H. (Berne).



1. *Vischer, A.* (Basel). — 2. *Matti, H.* (Berne). — 3. *Bernard, O.* (St. Moritz-Dorf). — 4. *Fonio, A.* (Lagnau). — 5. *de Quervain, F.* (Berne). — 6. *Rusca, F.* (Locarno). — 7. *Beuttner, O.* (Genève). — 8. *Vella, A.* (Lugano). — 9. *Schlatter, C.* (Zurich). — 10. *Machard, A.* (Genève). — 11. *Roux, C.* (Lausanne). — 12. *Julliard, Ch.* (Genève). — 13. *Ruppanner, E.* (Samaden). — 14. *Reverdin, J.-L.* (Genève). — 15. *Clairmont, P.* (Zurich). — 16. *Reverdin, A.* (Genève). — 17. *Jentzer, A.* (Genève). — 18. *Kummer, E.* (Genève). — 19. *Kocher, A.* (Berne). — 20. *Suter, F.* (Bâle).

CUBA, ETATS-UNIS D'AMERIQUE, FRANCE, PORTUGAL ET SYRIE



PORTUGAL : 1. *de Mattos, A.* (Coimbra).

CUBA : 2. *Presno, J.-A.* (La Havane). — 3. *de Rosas, N.-G.* (La Havane).

SYRIE : 4. *Altounyan, H.-R.* (Alep).

FRANCE : 5. *Descomps, P.* (Paris).

ETATS-UNIS : 6. *Lund, F.-B.* (Boston).

SEPTIÈME CONGRÈS

DE LA

Société Internationale de Chirurgie

SEPTIÈME CONGRÈS

DE LA

Société Internationale de Chirurgie

Sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi VICTOR EMMANUEL III
et le Haut Protectorat de Son Altesse Royale M^{ET} le PRINCE UMBERTO

ROME, 7-10 avril 1926

RAPPORTS, PROCÈS-VERBAUX ET DISCUSSIONS

PUBLIÉS PAR LE

D^r L. MAYER, secrétaire général

VOLUME II

RENSEIGNEMENTS ET PROCÈS-VERBAUX. DISCUSSIONS



BRUXELLES

IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE (S. A.)

34, rue Botanique, 34

1926

W/O

2.

1926

1926

61

STATUTS

de la Société internationale de Chirurgie

ARTICLE PREMIER. — L'Association fondée à Bruxelles, en 1902, sous le nom de *Société Internationale de Chirurgie*, a pour but de contribuer au progrès de la science, en cherchant à élucider certaines questions d'ordre chirurgical.

Cette Association a son siège à Bruxelles.

ART. 2. — Le nombre des membres de l'Association est limité. Le Comité international fixe tous les trois ans, avant le Congrès, le nombre de membres pour chaque pays. Sont membres de la Société, les chirurgiens agréés par le Comité international, sur la proposition du Comité de leur pays. La création de nouveaux Comités nationaux se fait par le Comité international.

Les membres paient une cotisation triennale dont le montant est fixé par le Comité international ; cette cotisation donne droit aux publications de la Société (1).

ART. 3. — L'Association est administrée par un Comité international permanent, composé d'un délégué par pays, des présidents des Congrès, d'un secrétaire-général, d'un secrétaire-adjoint, d'un trésorier et d'un trésorier-adjoint ; ces quatre derniers doivent résider à Bruxelles.

Le Comité international choisit parmi ses membres un président.

Le Comité international assure l'exécution de toutes les mesures utiles à la bonne marche de l'Association.

ART. 4. — L'Association se réunit tous les trois ans en un Congrès où sont discutés les rapports chirurgicaux mis à l'ordre du jour par le Congrès précédent.

(1) Pour la période 1926-1929, le montant de la cotisation est fixée à l'équivalent de 50 francs-or (2 livres sterling ou 10 dollars ou 50 francs suisses) ; les nouveaux membres ont à payer en outre une taxe d'admission du quart de la cotisation.

ART. 5. — Chaque pays nomme à chacun des Congrès, un Comité national formé de trois membres ou plus, dont un délégué au Comité international ; ces nominations se font à la simple majorité des suffrages.

Pendant la période du Congrès, les membres se réunissent en une assemblée générale sous la présidence du président du Comité international.

Cette assemblée prend connaissance des rapports du secrétaire général et du trésorier, dont elle apprécie la gestion.

Elle fixe la date et le siège du Congrès suivant ; elle procède à l'élection des membres du bureau et désigne le président et le vice-président du Congrès suivant et choisit les questions à mettre à l'ordre du jour de ce Congrès ; elle ratifie la nomination des Comités nationaux et des délégués au Comité international.

Le Comité national du pays où se tient le Congrès désigne le secrétaire de ce dernier ; celui-ci s'occupe sous sa responsabilité de l'organisation locale du Congrès, d'accord avec le secrétaire général ; il participe, avec voix consultative, aux délibérations du Comité international.

ART. 6. — L'assemblée générale examine toute modification des statuts, qui lui est soumise par le Comité international ou par vingt membres au moins et porte également à son ordre du jour toute autre question administrative à la demande écrite d'au moins dix membres. Ces demandes doivent être adressées au bureau du Congrès, au moins un mois avant la date de l'assemblée générale. Pour être valable, toute modification aux statuts doit réunir les deux tiers au moins des voix des membres présents à l'assemblée générale.

ART. 6bis. — Un Conseil scientifique formé de cinq membres, c'est-à-dire un pour chacune des langues officielles de la Société est nommé par l'assemblée lors de chaque Congrès et a pour rôle de choisir éventuellement une question supplémentaire à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès dans le cas où une question d'intérêt spécial viendrait s'ajouter dans l'intervalle du Congrès.

ART. 7. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

ART. 8. — Le bureau de chaque Congrès est constitué par le président élu par le Congrès précédent, le secrétaire-général, le secrétaire-adjoint, le trésorier, le trésorier-adjoint et le secrétaire du Congrès. Il a dans ses attributions toutes les mesures d'organisation.

ART. 9. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du bureau du Comité international ; le secrétaire-général a la direction de toutes les publications de la Société.

ART. 10. — Les langues officielles sont : l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français et l'italien.

ART. 11. — Perdent le titre de membre de la Société : les membres qui auront été déclarés indignes par un vote secret du Comité international réunissant les quatre cinquièmes des suffrages ; cette détermination ne pourra être prise que par une réunion du Comité international spécialement convoquée à cet effet.

International Society of Surgery

STATUTES

ART. 1. — The Association, founded in Brussels in 1902 under the name of the *International Society of Surgery* is intended to contribute to the progress of surgery by the elucidation of various surgical questions. The Association has its headquarters in Brussels.

ART. 2. — The number of members is limited. The International Committee fixes the number of the members for each country triennially before each Congress. The surgeons proposed by their own local Committee must be accepted by the International Committee. New National Committees can only be created by the International Committee.

The subscription for each member is payable every 3 years, the sum being fixed by the International Committee; payment of the subscription gives each member a right to all the Society's publications (1).

ART. 3. — The Association is administered by a permanent National Committee consisting of a delegate from each country, of the presidents of the Congress, of the general secretary, of an assistant secretary, of a treasurer and of an assistant treasurer. The last four officers must be resident in Brussels.

The International Committee selects its president from among its own members.

The International Committee secures the execution of all measures to ensure the good working order of the Association.

ART. 4. — The Association meets in Congress every three years to discuss the surgical questions, given as the order of the day by the preceding Congress.

(1) For the period 1926-29 the sum has been at the equivalent of 50 gold francs (2 pounds or ten dollars or 50 francs Swiss money), all new members must pay an entrance fee fixed at $\frac{1}{4}$ of the subscription.

ART. 5. — For each Congress, each country names a National Committee of three or more members, one of whom is its delegate to the International Committee. The nominations are made by the majority of votes cast.

During the Congress the members meet in a General Assembly under the presidency of the president of the International Committee.

This Assembly takes notice of and acts on the reports of the general secretary and treasurer.

It fixes the date and the seat of the following Congress ; it elects the members of the Committee, the president and the vice-president, and chooses the subjects to be discussed at the following Congress ; it ratifies the nominations of the National Committees and of the delegates to the International Committee.

The National Committee of the Country where the Congress is held elects a Secretary for the said Congress. He has, in association with the General Secretary, the whole responsibility for the local organisation of the Congress. He takes part and has a consulting voice in the deliberation of the International Committee.

ART. 6. — The General Assembly examines all alterations of the rules, submitted by the International Committee, or by at least 20 members. It takes notice of all other administrative questions upon a written demand signed by at least ten members. These demands must be addressed to the Board not less than one month before the General Assembly. To be effective, all alterations of the rules must obtain a vote of a two-third majority of members present at the General Assembly.

ART. 6bis. — A scientific council of five members shall be formed viz. one member for each of the official languages used by the congress. The members are to be chosen at the general meeting of each congress. The duty of the scientific council is to select an additional subject for discussion at the next Congress if it is thought that some subject of especial interest has arisen in the interval between the meeting of the two congresses.

ART. 7. — All offices of the Society are honorary.

ART. 8. — The Board of each Congress consists of the president elected at the preceding Congress, the general secretary, the assistant secretary, the treasurer, the assistant treasurer and the secretary of the congress. This Board undertakes all the duties of organisation.

ART. 9. — No publication in the name of the Society can be made without the examination and approbation of the Board of the International Committee. The general secretary has the direction of all publications for the Society.

ART. 10. — The official languages of the Congress are English, French, German, Italian and Spanish.

ART. 11. — To lose the title of membership the member must be declared unworthy by the secret vote of 4/5 of the International Committee, at a meeting called specially for the purpose.

SATZUNGEN

der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie (Société internationale de Chirurgie)

ART. 1. — Die im Jahre 1902 in Brüssel gegründete internationale Gesellschaft für Chirurgie (Société Internationale de Chirurgie), bezweckt die Förderung der chirurgischen Wissenschaft. Der ständige Geschäftssitz der Gesellschaft befindet sich in Brüssel.

ART. 2. — Die Zahl der Mitglieder der Gesellschaft ist begrenzt. Der Vorstand der Gesellschaft (Comité International) bestimmt alle drei Jahre vor dem Zusammentritt des Kongresses für jedes Land die zulässige Zahl der Mitglieder. Mitglieder der Gesellschaft sind diejenigen Chirurgen, welche auf Vorschlag des nationalen Comités ihres Landes von dem internationalen Comité gewählt werden. Die Schaffung neuer Nationalcomités geht vom internationalen Comité aus.

Die Mitglieder bezahlen für jedes Triennium einen Beitrag, dessen Höhe vom internationalen Comité festgesetzt wird. Dieser Beitrag gibt Anrecht auf die Veröffentlichungen der Gesellschaft (1).

ART. 3. — Die Leitung und Verwaltung der Gesellschaft untersteht dem permanenten internationalen Comité, welches sich aus einem Delegierten jedes Landes, den Präsidenten der Kongresse, dem Generalsekretär, dem Hilfssekretär, dem Schatzmeister und dem Hilfsschatzmeister zusammensetzt. Die vier letzteren müssen ihren Wohnsitz in Brüssel haben.

Das internationale Comité wählt seinen Präsidenten aus seiner Mitte. Es überwacht die Ausführung aller Maasregeln, welche für die Zwecke der Gesellschaft dienlich sind.

(1) Für die Periode 1926-1929 ist der Beitrag festgelegt auf den Wert von 50 Goldfranken (2 englische Pfund Sterling oder 10 Dollar oder 50 Schweizerfranken); die neuen Mitglieder haben ausserden eine Eintrittsgebühr von einem Viertel des Beitrags zu entrichten.

ART. 4. — Die Gesellschaft hält alle drei Jahre einen Kongress ab, dessen Programm die von dem vorhergehenden Kongress aufgestellten Diskussionsthemen umfasst.

ART. 5. — Jedes Land ernennt gelegentlich eines jeden Kongresses ein nationales Comité von mindestens 3 Mitgliedern, deren eines zum internationalen Comité delegiert wird. Die Wahl geschieht durch einfaches Stimmenmehr. Die einmal Ernannten sind wieder wählbar.

Bei Gelegenheit eines jeden Kongresses findet eine Generalversammlung unter dem Vorsitz des Präsidenten des internationalen Comités statt. Die Geschäfte dieser Versammlung umfassen : die Genehmigung der Verwaltung des Generalsekretärs und der Gesellschaftsrechnung, die Festsetzung des Zeitpunktes, des Ortes und der Diskussionsgegenstände des nächsten Kongresses, die Ernennung des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden desselben, die Wahl der Mitglieder des Bureau, die Bestätigung der Nationalcomités und der Delegierten derselben zum Internationalen Comité.

Das nationale Comité des Landes, in welchem der Kongress stattfindet, ernennt dessen Sekretär. Derselbe befasst sich unter seiner Verantwortung und in Uebereinstimmung mit dem Generalsekretär mit der Organisation des Kongresses. Er wohnt als Berater den Sitzungen des internationalen Comités bei.

ART. 6. — Gesuche um Abänderung der Statuten, welche vom internationalen Comité oder von mindestens 20 Mitgliedern der Gesellschaft kommen müssen, sowie jede andere von mindestens 10 Mitgliedern schriftlich gewünschte Aenderung in der Verwaltung der Gesellschaft müssen der Generalversammlung unterbreitet werden. Solche Anträge müssen dem Generalsekretär mindestens einen Monat vor dem Zusammentritt des Kongresses schriftlich eingereicht werden. Jede Statutenänderung muss durch mindestens $\frac{2}{3}$ der anwesenden Mitgliedern genehmigt werden.

ART. 6bis. — Ein wissenschaftlicher Beirat bestehend aus 5 Mitgliedern, unter Vertretung der sämtlichen offiziellen Sprachen der Gesellschaft, wird bei Anlass jeden Kongresses

von der Generalversammlung ernannt. Er hat die Aufgabe, ein ergänzendes Discussionsthema zu bestimmen, falls eine Frage von allgemeinem Interesse in der Zwischenzeit zwischen zwei Kongressen auftreten würde.

ART. 7. — Alle Aemter sind Ehrenämter.

ART. 8. — Das Bureau jedes Kongresses besteht aus dem vom vorhergehenden Kongress erwählten Vorsitzenden, dem Generalsekretär, dem Hilfssekretär, dem Schatzmeister, dem Hilfsschatzmeister und dem Sekretär des Kongresses. Das Bureau ist für die Organisation des Kongresses verantwortlich.

ART. 9. — Jede unter dem Namen der Gesellschaft gehende Veröffentlichung bedarf der Genehmigung des Bureau. Die Schriftleitung für sämtliche Publikationen der Gesellschaft ist Aufgabe des Generalsekretärs.

ART. 10. — Als Kongresssprachen sind zugelassen : deutsch, englisch, französisch, italienisch und spanisch.

ART. 11. — Die Mitgliedschaft der Gesellschaft verliert, wer vom internationalen Comité in geschlossenem Wahlverfahren mit 4/5 der Stimmen derselben für unwürdig erklärt wird. Es muss zu diesem Zwecke eine besondere Sitzung des internationalen Comités stattfinden.

STATUTO

della Società Internazionale di Chirurgia

ART. 1. — L'Associazione fondata a Bruxelles nel 1902 col nome di *Società Internazionale di Chirurgia*, ha per scopo di contribuire ai progressi della chirurgia cercando di elucidare questioni ad essa pertinenti.

La Società ha sede in Bruxelles.

ART. 2. — Il numero dei Soci è limitato. Il Comitato internazionale decide ogni tre anni, prima del Congresso, il numero dei soci per ogni Stato. Sono soci della Società i chirurghi ammessi dal Comitato internazionale, dietro proposta del Comitato nazionale competente.

Nuovi Comitati nazionali possono essere creati dal comitato internazionale.

I soci pagano ogni triennio una rata stabilita dal Comitato internazionale; codesta rata dà diritto alle pubblicazioni della Società (1).

ART. 3. — L'Associazione è amministrata da un Comitato internazionale permanente composto da un delegato per ciascuna nazione, dai Presidenti dei Congressi, da un Segretario generale, da un Segretario aggiunto, da un Tesoriere e da un Tesoriere aggiunto; questi quattro ultimi devono risiedere a Bruxelles.

Il Comitato internazionale elegge nel proprio seno un Presidente.

Il Comitato internazionale assicura l'esecuzione di ogni misura utile alla prosperità della Società.

ART. 4. — La Società si riunisce ogni triennio in un Congresso dove sono discusse le relazioni poste all'ordine del giorno dal Congresso precedente.

(1) Pel triennio 1926-29 la rata è fissata nella somma equivalente a 50 franchi oro (2 liere sterline, 10 dollari o 50 franchi svizzeri); i nuovi soci pagano inoltre una rata di ammissione equivalente al quarto della rata triennale.

ART. 5. — I soci di ciascuna nazione nominano a semplice maggioranza di voti, il proprio Comitato nazionale, composto di tre membri o più, uno dei quali delegato al Comitato internazionale.

Durante il Congresso, i soci si radunano in una seduta generale sotto la presidenza del Presidente del Comitato internazionale.

In questa seduta si prende nota delle relazioni del Segretario generale e del Cassiere e se ne apprezza la gestione.

Si fissa ancora la data e la sede del Congresso successivo e si procede alla scelta dei temi; si ratifica la nomina dei Comitati nazionali nonchè dei delegati del Comitato internazionale.

Il Comitato nazionale dello Stato nel quale si raduna il Congresso designa il Segretario, questo Segretario s'incarica dell'organizzazione locale del Congresso in unione col Segretario generale; egli ha voto consultivo nelle deliberazioni del Comitato internazionale.

ART. 6. — L'assemblea generale esamina ogni modifica agli statuti proposta dal Comitato internazionale o da 20 soci almeno e mette anche all'ordine del giorno ogni altra questione amministrativa dietro domanda soritta di almeno 10 soci. Queste domande devono essere indirizzate alla Presidenza del Congresso almeno un mese prima dell'Assemblea generale. Sarà valevole ogni modifica agli statuti, se riunisce almeno i due terzi dei soci presenti alla seduta generale.

ART. 6bis. — Un Consiglio scientifico formato di 5 membri, uno per ciascuna delle lingue ufficiali della Società è nominato dall'Assemblea generale durante ogni Congresso e ha per compito di scegliere eventualmente una questione supplementare da mettere all'ordine del giorno del prossimo Congresso nel caso che un argomento d'interesse speciale venisse a presentarsi nell'intervallo fra i Congressi.

ART. 7. — Tutte le cariche della Società sono gratuite.

ART. 8. — Il Comitato di ciascun Congresso è costituito dal Presidente eletto nel Congresso precedente, dal Segretario

generale, dal Segretario aggiunto, dal Tesoriere, dal Tesoriere aggiunto e dal Segretario del Congresso. Ad esso è devoluta tutta l'organizzazione del Congresso.

ART. 9. — Nessuna pubblicazione sarà fatta, sotto il nome della Società senza esame e approvazione preventiva della Presidenza del Comitato internazionale ; il Segretario generale ha la direzione di tutte le pubblicazioni della Società.

ART. 10. — Lingue ufficiali della Società sono il Francese, l'Inglese, l'Italiano, lo Spagnolo ed il Tedesco.

ART. 11. — Perdono il titolo di Socio coloro che saranno dichiarati non degni da una votazione segreta del Comitato internazionale con i $\frac{4}{5}$ dei voti ; codesta decisione deve essere presa in una seduta del Comitato internazionale specialmente radunato a tale scopo.

ESTATUTOS

de la Sociedad Internacional de Cirurgia

ART. 1. — La Asociación fundada en Bruselas en 1902, con el nombre de *Sociedad internacional de Cirugia*, tiene por objeto contribuir al progreso científico, a cuyo efecto se impone la tarea de procurar elucidar determinadas cuestiones de orden quirúrgico.

Esta asociación tiene su domicilio en Bruselas.

ART. 2. — El número de miembros de la Asociación es limitado. El Comité internacional fijará cada tres años, antes del Congreso el número de miembros de cada país. Son miembros de la Sociedad los Cirujanos admitidos por el Comité internacional, bajo la proquesta del Comité del país respectivo. La creación de nuevos Comités nacionales es función del Comité internacional.

Les miembros deben pagar una cotización trienal cuyo importe es fijado por el Comité internacional; esta cotización dá derecho a percibir las publicaciones de la Sociedad. (1)

ART. 3. — La Asociación será administrada por un Comité internacional permanente, compuesto de un delegado por cada país, de los presidentes del Congreso, de un Secretario general, de un Secretario adjunto, de un tesorero y de un tesorero adjunto; estos cuatro últimos deben residir en Bruselas.

El Comité internacional elegirá entre sus miembros un presidente.

El Comité internacional pondrá en práctica cuantos medidas juzgue útiles a la buena marcha de la Asociación.

ART. 4. — La Asociación se reunirá cada tres años en un Congreso, en el cual se discutirán las ponencias puestas a la orden del día por el Congreso precedente.

(1) Para el periodo 1926-1929 el importe de la cotización se ha fijado en 2 libras esterlinas ó 10 dólares ó 50 francos suizos; los nuevos miembros tienen que pagar además una cuota de admisión equivalente a un cuarto de la cotización.

ART. 5. — Cada país nombra en cada Congreso, un Comité nacional formado por tres miembros ó más, de los cuales uno es delegado al Comité internacional. Estos nombramientos se hacen por simple mayoría de votos.

Durante el período del Congreso, los miembros se reúnen en una asamblea general bajo la presidencia del presidente del Comité internacional.

Esta Asamblea oye las ponencias del Secretario general y del tesorero, apreciando su gestión.

Fija la fecha del próximo Congreso, procede a la elección de los miembros de la mesa y del presidente y vicepresidente del próximo Congreso y escoje las cuestiones que deben figurar a la orden del día en dicho Congreso; ratifica los nombramientos de los Comités nacionales y de los delegados al Comité internacional.

El Comité nacional del país donde se celebra el Congreso, designa el Secretario de este último; dicho Secretario debe ocuparse bajo su responsabilidad de la organización local del Congreso, de acuerdo con el Secretario general y participa, con voz consultiva, en las deliberaciones del Comité internacional.

ART. 6. — La asamblea general examinará todas las modificaciones de los estatutos que le sean sometidas por el Comité internacional ó por veinte miembros por lo menos; asimismo pondrá a la orden del día cualquiera otra cuestión administrativa a petición por escrito de diez miembros como minimum. Estas peticiones deben ser dirigidas a la mesa del Congreso, por lo menos un mes antes de la fecha de la Asamblea general. Para ser válida toda modificación de los estatutos debe reunir los dos tercios por lo menos de los votos de los miembros presentes en la asamblea general.

ART. 6bis. — Una junta científica, compuesta de 5 miembros, es decir, uno por cada una de las lenguas oficiales de la Sociedad, será nombrada por la asamblea general al tener lugar cada Congreso. Tendrá por misión escoger eventualmente una cuestión suplementaria para que figure a la orden del día del próximo Congreso siempre que una cuestión de especial interés surja en el intervalo de los Congresos.

ART. 7. — Todos los cargos de la Sociedad son gratuitos.

ART. 8. — La mesa de cada Congreso está constituida por el Presidente elegido por el precedente Congreso, el Secretario general, el Secretario adjunto, el Tesorero, el Tesorero adjunto y el Secretario del Congreso. Está en sus atribuciones tomar todas las medidas de organización para el Congreso que crea necesarias.

ART. 9. — Ninguna publicación puede hacerse en nombre de la Sociedad sin el examen previo y la aprobación de la mesa del Comité internacional; el Secretario general lleva la dirección de todas las publicaciones de la Sociedad.

ART. 10. — Las lenguas oficiales son : el alemán, el inglés, el español, el francés y el italiano.

ART. 11. — Perderán el título de miembros de la Sociedad, los miembros declarados indignos de pertenecer a ella por votación secreta del Comité internacional en la que se hayan sumado las cuatro quintas partes de votos; esta determinación solo podrá tomarse en virtud de una reunión del Comité internacional especialmente convocada a dicho efecto.

BUREAU DU SEPTIÈME CONGRÈS

<i>Président :</i>	D. GIORDANO, professeur chirurgien en chef de l'Hôpital Civil de Venise.
<i>Secrétaire-général :</i>	D ^r L. MAYER, agrégé de l'Université de Bruxelles.
<i>Trésorier :</i>	D ^r J. LORTHIOIR, agrégé de l'Université de Bruxelles.
<i>Secrétaire :</i>	D ^r L. DOMINICI, libero docente Policlinico Umberto, Rome

BUREAU DU HUITIÈME CONGRÈS

<i>Président :</i>	D ^r H. HARTMANN, professeur, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, à Paris.
<i>Secrétaire-général :</i>	D ^r L. MAYER, agrégé de l'Université de Bruxelles.
<i>Trésorier :</i>	D ^r J. LORTHIOIR, agrégé de l'Université de Bruxelles.
<i>Secrétaire-adjoint :</i>	D ^r M. CHEVAL, adjoint de la clinique obstétricale de l'Université de Bruxelles.
<i>Trésoriers-adjoints :</i>	D ^r R. BECKERS, chef de service de la Policlinique de Bruxelles. D ^r P. LORTHIOIR, assistant des hôpitaux de Bruxelles.
<i>Secrétaire :</i>	D ^r A. ZAWADSKI, chirurgien de l'hôpital de Varsovie.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR DU SEPTIÈME CONGRÈS

D ^r H. HARTMANN, Paris.	D ^r F. DE QUERVAIN, Berne.
D ^r W. BRINSMADE, Brooklyn.	D ^r A. ZAWADSKI, Varsovie.
D ^r J. L. FAURE, Paris.	D ^r H. MYAKE, Fukuska.
D ^r I. TANSINI, Pavie.	D ^r M. DONATI, Padoue.
D ^r J. VERHOOGEN, Bruxelles.	D ^r P. BÉGOUIN, Bordeaux.
D ^r J. LORTHIOIR, Bruxelles.	D ^r Wessel, Copenhague.

COMITÉ INTERNATIONAL1926-1929

<i>Président :</i>	M. WILLEMS, Charles, professeur à l'Université, délégué de la Belgique, 13, rue Forgeur, Liège.
<i>Secrétaire-général :</i>	M. MAYER, Léopold, agrégé de l'Université, 72, rue de la Loi, Bruxelles.
<i>Secrétaire-adjoint :</i>	M. CHEVAL, Max, adjoint de la clinique obstétricale de l'Université, 16, rue Alphonse Hottat, Bruxelles.
<i>Trésorier :</i>	M. LORTHIOIR, Jules, agrégé de l'Université, 73, boulevard de Waterloo, Bruxelles.
<i>Trésoriers-adjoints :</i>	M. BECKERS, René, chef de service de la Policlinique de Bruxelles, 36, rue Archimède, Bruxelles ; M. LORTHIOIR, Paul, assistant des hôpitaux de Bruxelles, 92, rue des Mélièzes, Bruxelles.

Membres :

- MM. ALESSANDRI, R., délégué de l'Italie, R. Istituto, Rome.
ALTOUNYAN, E., délégué de la Syrie, Alep. (Hôpital Altounyan).
AMUNATEGUI, G., délégué du Chili, Santiago.
ARMSTRONG, G., délégué du Canada, 320, Mountain Street, Montréal.
BARTRINA, TH., délégué de l'Espagne, 44, Paseo de Gracia, Barcelone.
CABEÇA, C., délégué du Portugal, 35, Camara Pestana, Lisbonne.
BOSCH-ARANA, G., délégué de l'Argentine, 642, rue Florida, Buenos-Ayres.
CHAPOT-PRÉVOST, R., délégué du Brésil, 38, rua de Carisca, Rio de Janeiro.
DANIEL, délégué de la Roumanie, 30, Strada Dionise, Bucarest.
DENEGRI, J., délégué du Pérou, Lima.
DE QUERVAIN, F., délégué de la Suisse, 60, Kirchenfeldstrasse, Berne.
FALTIN, R., délégué de la Finlande, 6, N. Magasingsgatan, Helsingfors.
FANG, G., délégué de la Chine, Université de Pékin.
FEDOROFF, S., délégué de la Russie, 31, Nadesdinskaya, Leningrad.
HANSEN, P., délégué du Danemark, 3, Farimagsgade, Copenhague.
JIRASEK, A., délégué, 38, rue Karoliny Svellé, Prague.
KAISER, F., délégué de la Suède, Hernösand.
KOCH, C., délégué des Pays-Bas, 39, Schuitendiep, Groningue.
KRYNSKY, L., délégué de la Pologne, 15, rue Smolna, Varsovie.
LATIS-BEY, délégué de l'Egypte, 18, rue Sésostris, Alexandrie.
MAC ARTHUR, L., délégué des Etats-Unis, 122, South Michigan Avenue, Chicago.
MACCAS, délégué de la Grèce, 10, rue Solon, Athènes.

- MINTR, W., délégué de la Lettonie, 45-47, Elisabethstr., Riga.
- MIYAKE, H., délégué du Japon, Université de Kyushu.
- NICOLAYSEN, Y., délégué de la Norvège, 43, Oskargade, Oslo.
- PETROVITCH, délégué de la Yougoslavie, 37, Bitoljska, ul. Belgrade.
- PRESNO Y BASTIONY, J., délégué de Cuba, 19, Paseo Y, La Havane.
- PROUST, délégué de la France, président du VIII^e Congrès, 2, avenue Hoche, Paris.
- ROBERTS, O., délégué de l'Empire Britannique, 26, Harley Street, Londres.

LISTE DES MEMBRES DÉCÉDÉS DE 1923 A 1926

- Belgique :* DEPAGE, Bruxelles.
GORIS, Bruxelles.
JACOBS, Bruxelles.
LECLERC-DANDOIS, Bruxelles.
- Cuba :* CARRERA, La Havane.
CASUSO Y ROQUE, La Havane.
- Danemark :* BLOCH, Copenhague.
CHRISTENSEN, Aalborg.
- Egypte :* ZAÏAFOL, Alexandrie.
- Empire Britannique :* CHILDE, Southsea.
DALZIEL, Glasgow.
DRUMMOND, Newcastle.
MANSON FERGUSSON, Banff.
Sir WILLIAM MACEWEN, Glasgow.
THOMSON, Edimbourg.
- Espagne :* ESTAPÉ, Barcelone.
- Esthonie :* ARRONET, Hapsol.
- Etats-Unis d'Amér. :* BELFIELD, Chicago.
BOTTOMLEY, Boston.

	HARTE, Philadelphie.
	HOTCHKISS, Santa Barbara.
	LE CONTE, Philadelphie.
	LOVET, Boston.
	MAC LAREN, St-Paul.
	MIXTER, Boston.
	OCHSNER, Chicago.
	ROBERTS, Philadelphie.
<i>France :</i>	BRAQUEHAYE, Tunis.
	BROCA, Paris.
	HALLOPEAU, Paris.
	JALAGUIER, Paris.
	MALAPERT, Poitiers.
	MAUNOURY, Chartres.
	POTHERAT, Paris.
	RICHELOT, Paris.
	SCHWARTZ, Paris.
	SENCERT, Strasbourg.
	VIDAL, Bapaume.
	VILLAR, Bordeaux.
<i>Lettonie :</i>	KOBYLINSKI, Riga.
	BORNHAUPT, Riga.
<i>Pays-Bas :</i>	MULDER, Leeuwarden.
	VAN LIER, Amsterdam.
	WESTERMAN, Haarlem.
<i>Pologne :</i>	ZIEMACKI, Wilno.
<i>Russie :</i>	GUINSBURG, Leningrad.
	IKONIKOFF, Leningrad.
	ROSKOFF, Kiew.
	ZYKOV, Moscou.
	VOINITCH, SIANOJENTZKY, Leningrad.
<i>Roumanie :</i>	JONNESCO, Bucarest.
	CARNABEL, Galatz.
<i>Yougoslavie :</i>	SOUBBOTITCH, Belgrade.

DÉLÉGUÉS ET MEMBRES DES COMITÉS NATIONAUX

pour 1926-1929

<i>Argentine :</i>	M. BOSCH-ARANA, délégué.
<i>Belgique :</i>	MM. WILLEMS, délégué. VERHOOGEN, membre. ROUFFART, membre. LAMBOTTE, membre. HERMAN, membre.
<i>Brésil :</i>	M. CHAPOT-PRÉVOST, délégué.
<i>Canada :</i>	MM. ARMSTRONG, délégué. SHEPHERD, membre.
<i>Chili :</i>	M. AMUNATEGUI, délégué.
<i>Chine :</i>	M. FANG, délégué.
<i>Cuba :</i>	MM. PRESNO Y BASTIONY, délégué. MENOCAL, membre. ROSAS, membre. AROSTEGUI, membre.
<i>Danemark :</i>	MM. HANSEN, délégué. SCHALDEMOSE, membre. WESSEL, membre. STRANDGAARD, membre.
<i>Egypte :</i>	MM. LATIS-BEY, délégué. MADDEN, membre. PETRIDIS, Pavlos, membre.
<i>Empire Britannique :</i>	MM. ROBERTS, délégué. PERCY SARGENT, membre. BURGESS, membre.
<i>Espagne :</i>	MM. BARTRINA, délégué. RIBAS, membre. SALDANA, membre.
<i>Etats-Unis d'Amér. :</i>	MM. MAC ARTHUR, délégué. GIBSON, membre.

<i>Finlande :</i>	MM. FALTIN, délégué. SANDELIN, membre.
<i>France :</i>	MM. PROUST, délégué. DELAGÉNIÈRE, membre. NOVÉ-JOSSERAND, membre.
<i>Grèce :</i>	MM. MACCAS, délégué. GERULANOS, membre. CATERINOPOULOS, membre.
<i>Italie :</i>	MM. ALESSANDRI, délégué. GIORDANO, membre. BASTIANELLI, membre.
<i>Japon :</i>	MM. MIYAKE, délégué. KÓNDÓ, membre. SHIOTA, membre.
<i>Lettonie :</i>	M. MINTZ, délégué.
<i>Norvège :</i>	MM. NICOLAYSEN, délégué. SANDBERG, membre. BULL, membre.
<i>Pays-Bas :</i>	MM. SCHOEMAKER, délégué. OIDTMANN, membre. KUYJER, membre.
<i>Pérou :</i>	M. DÉNÉGRI, délégué.
<i>Pologne :</i>	MM. KRYNSKI, délégué. JURASZ, membre. ZAWADZKI, membre.
<i>Portugal :</i>	MM. CABÉÇA, délégué. FRANCHINI, membre. DE VASCONCELLOS, membre.
<i>Roumanie :</i>	MM. DANIEL, délégué. JUVARA, membre.
<i>Russie :</i>	MM. FEDOROFF, délégué. SILBERBERG, membre.

<i>Suède :</i>	MM. KAYSER, délégué. TROELL, membre. RIETZ, membre. WALLER, membre.
<i>Suisse :</i>	MM. DE QUERVAIN, délégué. ROUX, membre. HENSCHEN, membre.
<i>Syrie :</i>	M. ALTOUNYAN, délégué.
<i>Tchécoslovaquie :</i>	MM. JIRASEK, délégué. JEDLICKE, membre. NIEDERLE, membre.
<i>Yougoslavie :</i>	M. PETROVITCH, délégué.

LISTE DES MEMBRES

ARGENTINE

- ARCE, Jose, Calle Arenales, 1299, Buenos-Ayres.
BOSCH-ARANA, Guillermo, Ayacucho, 1231, Buenos-Ayres.
CHUTRO, Pedro, Ayacucho, 1537, Buenos-Ayres.
DEL VALLE, Delfor, rue Aguero, 2373, Buenos-Ayres.
FINOCHIETTO, Ricardo, Parana, 970, Buenos-Ayres.
GUTIERREZ, Alberto, Rodriguez Penâ, 1874, Buenos-Ayres.
JORCE, Joseph M., Calle Talcahuano, 1186, Buenos-Ayres.
RIVAROLA, Rodolfo A., Santa Fé, 3351, Buenos-Ayres.
SARMIENTO-LASPIUR, Ricardo, Talcahuano, 869, Buenos-Ayres.

BELGIQUE

- * ALBERT, Fritz, chef des travaux à la clinique chirurgicale de l'Université de Liège, rue Bois l'Evêque, 31, Liège.
BECKERS, R., rue Archimède, 36, Bruxelles.
CAHEN, J., assistant du service clinique de chirurgie du professeur J. Verhoogen, 86, rue Bosquet, Bruxelles.
CHEVAL, Max, chirurgien-adjoint de la clinique obstétricale de l'Université, rue Alphonse Hottat, 16, Bruxelles.
DANIS, Robert, professeur à l'Université de Bruxelles, rue Joseph II, 97, Bruxelles.
DEBAISIEUX, G., professeur à l'Université, rue Marie-Thérèse, 25, Louvain.
DE GRAEUWE, rue de l'Association, 42, Bruxelles.
DELCHÉF, G., rue Stévin, 38, Bruxelles.
* DELPORTE, F., agrégé de l'Université, rue du Grand Cerf, 16, Bruxelles.

N. B. — Les croix indiquent les membres qui ont assisté au Congrès.

- DELREZ, L., professeur à l'Université, avenue Albert Mahiels, 5, Liège.
- DERACHE, P., chirurgien en chef à l'Hôpital Militaire, avenue de l'Hippodrome, 64, Bruxelles.
- DE SMETH, Jean, chef de service des hôpitaux de Bruxelles, président de la Société Belge d'Urologie, boulevard de Waterloo, 126, Bruxelles.
- FERNANDÈS, R., chef de service à l'hôpital civil d'Etterbeek, rue de la Loi, 198, Bruxelles.
- GOORMAGHTIGH, N., boulevard Ch. de Kerchove, 53, Gand.
- * HERMAN, Fr., chirurgien, chef de service des hôpitaux, avenue Jan Van Ryswyck, 70, Anvers.
- * LAMBOTTE, A., chirurgien des hôpitaux, rue de Bruxelles, 43, Esneux.
- LAUWERS, E., rue Peereboom, 19, Courtrai.
- LE BRUN, E., chirurgien des hôpitaux, rue de Bruxelles, 132, Namur.
- LEMOINE, G., chef de service à l'hôpital d'Anderlecht, rue Belliard, 107, Bruxelles.
- * LOICQ, R., assistant de la clinique chirurgicale, avenue Brugmann, 176, Bruxelles.
- * LORTHIOIR, Jules, agrégé de l'Université, boulevard de Waterloo, 73, Bruxelles.
- LORTHIOIR, Paul, ass. à la Clinique Universitaire de Chirurgie Infantile, rue des Mélèzes, 92, Bruxelles.
- MAFFEI, A., chirurgien des hôpitaux, rue de Livourne, 42, Bruxelles.
- MARCELLE, G., rue des Deux-Eglises, 35, Bruxelles.
- MARIQUE, A., Chaussée de Vleurgat, 184, Bruxelles.
- * MARTIN, Paul, rue du Parnasse, 28, Bruxelles.
- * MAYER, L., agrégé à l'Université, rue de la Loi, 72, Bruxelles.
- * MOREAU, J., rue du Beau Site, 13, Bruxelles.
- * NEUMAN, F., agrégé à l'Université, rue de Wynants, 27, Bruxelles.
- PARISEL, rue de la Concorde, 32, Bruxelles.
- * PINCHART, J., Chaussée d'Etterbeek, 176, Bruxelles.

- ROERSCH, Ch., chirurgien des hôpitaux, rue de la Paix, 17, Liège.
- ROUFFART, Ed., agrégé de l'Université libre, rue de la Sablonnière, 30, Bruxelles.
- * SEBRECHTS, J., rue d'Argent, 34, Bruges.
- * SLUYS, Félix, place Raymond Blyckaerts, 13, Bruxelles.
- * THOUMSIN, A., chirurgien, chef de service à l'hôpital Ste-Elisabeth, docteur spécial en chirurgie de l'Université de Liège, rue Conscience, 2, Anvers.
- TYTGAT, E., rue Basse, 28, Gand.
- VAN DER LINDEN, O., rue de l'Université, 33, Gentbrugge.
- VANDER STRICHT, N., rue aux Lits, 8, Anvers.
- VAN DE WIELE, L., rue Louise, 10, Anvers.
- * VAN HAELEST, A., rue Neuve St-Pierre, 53, Gand.
- VAN HASSEL, V., chirurgien, Pâturages.
- * VERHOOGEN, Jean, professeur à l'Université, rue des Comédiens, 24, Bruxelles.
- VINCE, J., chirurgien des hôpitaux, rue aux Laines, 12, Bruxelles.
- * WALRAVENS, Alf., chirurgien-adjoint des hôpitaux, rue du Commerce, 124, Bruxelles.
- WALTON, P., chirurgien, chef de service de l'hôpital civil, boulevard Ch. de Kerchove, 7, Gand.
- * WILLEMS, Ch., professeur à l'Université, rue Forgeur, 13, Liège.

BRESIL

- BRANDAO, Augusto Filho, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Rio de Janeiro, rua da Lapa, 93, Rio de Janeiro.
- CHAPOT-PREVOST, Rodolfo, rua da Carioca, 38, Rio de Janeiro.

CANADA

- ARCHIBALD, Professor of Surgery and Director of the Surgical Department, Mc Gill University Faculty of Medicine ; Surgeon Royal Victoria Hospital ; Consulting Surgeon, Children's Memorial Hospital, Westmount boulevard, 52, Montréal.

- * ARMSTRONG, G. E., Emeritus Professor of Surgery, Mc Gill University Faculty of Medecine ; Consulting Surgeon, Royal Victoria Hospital ; Consulting Surgeon, Montreal General Hospital, Protestant Hospital for Insane, Verdur, Sherbrooke St. West, 581, Montréal-Québec.
- BAZIN, Alfred T., Assistant Prof. of Surgery and Clinical Surgery in Mc Gill University and Surgon to the Montreal General Hospital, 4064, Dorchester Street West, Montréal-Québec.
- BRUCE, H. A., Professor of clinical Surgery, University of Toronto Faculty of Medecine ; acting Consulting Surgeon, Toronto Général Hospital, 64, Bloor Street, Toronto-Ontario.
- CAMERON, J. H., Emeritus Professor of Surgery and clinical Surgery, University of Toronto, Faculty of Medecine ; Surgeon, St-John's Hospital ; Consulting Surgeon, Toronto Général Hospital, Hospital for Sick Children, 307, Sherbourne Street, Toronto-Ontario.
- EBERTS, E. M., Surgeon to the Montreal General Hospital, 219, Peel Street, Montréal.
- GRAY, Sir Henry, N.B.E., C.B., C.M.G., 621, Sherbrooke Street, West Montréal.
- GRONDIN, Ch., 3, place Van Can, Paris.
- HALPENNY, Jaspas, Prof. of Surgery and clinical Surgery in the University of Manitoba, 702, Sterling Bank Building, Winnipeg, Manitoba.
- HICKS, E., 54, Brant Avenue, Brantford (Ontario).
- MACLEAN, John Neil, Associate Prof. of clinical Surgery in the University of Manitoba in Winnipeg, 67, Middle Gate, Armstrong Point, Winnipeg.
- PRIMROSE, A., Professor of clinical Surgery, University of Toronto Faculty de Medecine ; Consulting Surgeon, Toronto General Hospital ; Hospital for Sick Children, 100, College Street, Toronto-Ontario.

- SAINT JACQUES, E., Professor of Clinical Surgery and History of Medicine, University of Montréal Faculty of Medicine ; Surgeon, Hôtel Dieu de St-Joseph, 29, rue Sherbrooke, Ouest Montréal.
- SHEPHERD, Francis, Emeritus Professor, Mc Gill University Faculty of Medicine ; Consulting Surgeon Montreal General and Royal Victoria Hospital, 152, Mansfield Street, Montreal.
- SIMARD, Arthur, Professeur de Chirurgie, Laval University, Québec.
- STARR, Clarence, Prof. of Surgery in the University of Toronto and head of the Department of Surgery, 227, Bloor Street, Toronto (Ontario).
- * STARR, F. N. G., Associate Professor of clinical Surgery, University of Toronto Faculty of Medicine, Consulting Surgeon, Hospital for Sick Children, 112, College Street, Toronto.
- * VEZINA, Charles, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, 31, rue Charlevoix, Québec.

CHILI

AMUNATEGUI, Grégorio, professeur de clinique chirurgicale et doyen de la Faculté de Médecine, 2149, Augustinas, Santiago du Chili.

CHINE

FANG, O., Université de Pékin, Pékin.

CUBA

AROSTEGUI, Gonzalo E., chirurgien de l'Hôpital Municipal de La Havane, Aguacate, 27, Habana.

CAPOTE, Fernando Mendez, chirurgien de l'Hôpital n° 1, chirurgien de l'« Association de Dependiente », Calle H., 156, Vedado, Habana.

DEL VALLE, Augustin, chirurgien des hôpitaux, rue Reina, 139, Habana.

- DE ROSAS GOMEZ, Nicolas, chirurgien en chef de la Policlinique Nationale, Cerro, 432, Habana.
- DUPLESSIS, Gustave, Lealtad y Animas, Habana.
- FORTUN, Enrique, professeur de pathologie de l'Université de La Havane, Cuba, II-1, Habana.
- MENOCAL, Rafaël, professeur de clinique chirurgicale, Esculla de Medicina Université de La Havane, Prado, 98, Habana.
- NOGUEIRA, Rafaël, Clinica Bustamante, Neptuno, 36, Habana.
- ORTIZ-CANO, Julio, 28, Heredia Alta, Santiago de Cuba.
- PAGES Y RODRIGUEZ, Félix, Calle D., 212, Habana.
- PEREDA, José, chirurgien des hôpitaux, 45, rue Estado, Habana.
- PLASENCIA, Ignacio Bento, ex-externe et répétiteur de la Clinique Baudelocq de Paris, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef de la Maison de Santé « La Balear », rue Empedrado, 50, Habana.
- PRESNO Y BASTIONY, José A., prof. d'opér. à la Faculté de Médecine, président de l'Académie de Médecine, Paseo y, 19, Habana.
- SOUZA BENIGNO, Chirurgien en chef de l'Hôpital Municipal de La Havane, San Lazaro, 226, Habana.

DANEMARK

- * AAGAARD, Dr. Med. Reserve laege, Juliane Maries V., 16, Copenhagen.
- * ANDERSEN, V. Foch, Amicisvej, 18, Copenhagen.
- * BLAD, Axel, Overchirurg. Dr. Med., Martinsvej, 8, Copenhagen.
- BORNEMANN, A. C. J., 18, Toldbodgade, Copenhagen.
- BOYSEN, Dr. Med. Overlaege, Kölding.
- CHIEWITZ, Ole, chirurgien en chef, Finsen's Medicinske Lys-Institut, 11, Norebrogade, Copenhagen.
- * COLLIN, I., Dr. Med., chirurgien en chef Kommunie Hospital, Ostersogade, 18, Copenhagen.

- EIKEN, médecin en chef à Amtssygehuset, Aalborg.
 ESCHEN, J. J., Aalborg.
- FENGER, Just, chef du Diakonisse Hospitalet, 15, Nørrefarmagsgade, Copenhague.
- FROLICH, Overlaege Dr. Med., St-Kongensgade, 40, Copenhague.
- * GAMMELTOFT, professeur à l'Université, Juliane Marievej., 18, Copenhague.
- * GUILDAHL, P., Overlaege, Samfundet for Vanføre, Frederiksgade, 1, Copenhague.
- * HANSEN, P. N., chirurgien en chef à Commune Hospitalet, 3, Farimagsgade, Copenhague.
 HARTMANN, S. P., Overlaege St-Lucas Stiftelsen, Dronningens Vergade, 6, Copenhague.
- HELSTED, A., Kjöbenkavns Amts Sygehus, 32, Hanserpladse, Hellerup.
- * IPSEN, Joh., Dr. Méd., chirurgien en chef, Sønderborg.
- * KJARGAARD, S., chirurgien en chef à l'Hôpital Sundby, Anker Heegaardsgade, 2, Copenhague.
 KÖSTER, H. S., Naestved.
- LENDORF, A. V., 5, Malmogade, Copenhague.
- LOHSE, Overlaege, Marienlyst Slot, Helsingör.
- LUNN, Knud, Overlaege Amtssygehuset, Haderslev.
- MÖLLER, P. K., professeur, Odense.
- MÜLLER, Sven, chirurgien en chef à Sggehüset, Odense.
- * PERMIN, Carl, Tranegaardsvej, 26, Hellerup.
- PERS, Plantahvej, 22, Copenhague.
- * REINSHOLM, V., Svendborg Sygehus Overlaege, Svendborg.
 ROVSING, T., professeur, rue Juliane Marie, 2, Copenhague (*).
- SCHALDEMOSE, professeur, rue Juliana Marie, 6, Copenhague.
- SÖLLING, Overlaege, Kommune Hospitalet, Horsens.
- STRANDGAARD, H., Overlaege, Chirurgien en chef de l'hôpital de Aarhus.

(*) Durant l'impression de ce volume, nous avons eu le regret d'apprendre la mort de notre distingué collègue.

TRYDE, L. C. G., directeur général de l'administration sanitaire Sortedamsgade, Copenhague.

- * WESSEL, Carl, chirurgien en chef à Bispebjærg Hospital, Copenhague.

EGYPTE

- * ABDUL-HAMID, Mohammed, Director and Chief Surgeon of King's Hospital, Le Caire.

- * CALZOLARI, A., chirurgien de la Maison Royale d'Egypte, clinique privée, rue Moharren bey, Alexandrie.

CRESCENZI, Giulia, Libero Docente, Chirurgo Primario dell'Ospedale Italiana, Alessandrie.

ESCHER, Alfred L., chirurgien de l'Anglo-Swiss Hospital rue Nubar Pacha, 17, Alexandrie.

GAGLIO, chirurgien en chef de l'hôpital italien, Le Caire.

- * IBRAHIM, Ali Bey, professeur à Kasr el Ainy hosp., Sanateri, 5, Le Caire.

JATROU, Guillaume, J., 2, rue Pereyra, Alexandrie.

KANONY, Directeur Office Quarantenaire Suez.

- * LATIS BEY, chirurgien gynécologue en chef de l'hôpital israélite, rue Sésostris, 18, Alexandrie.

LEW, Henri, chirurgien à l'hôpital français, 6, Chareb Charabi Pacha, Le Caire.

LOMBARDO, A., Chirurgien-adjoint à l'hôpital européen, 19, rue Tewfik, Alexandrie.

MADDEN, professeur à Kasr el Aïn, St-Davis Buildings, Maghraby, Le Caire.

MORRISON, chirurgien de l'hôpital Anglo-Swiss, place Mohamed Ali, 3, Alexandrie.

PAPAYOANNOU, chirurgien en chef à l'hôpital Papayoannou, rue Emir Saïd, 9, à Ghezireh (Le Caire).

PETRIDIS, A., chirurgien en chef honoraire de l'hôpital hellénique, boulevard du Palais, 3, Alexandrie.

- * PETRIDIS, Pavlos, chirurgien en chef de l'hôpital hellénique d'Alexandrie, Alexandrie.
- PUY-HAUBERT, A., ex-interne des hôpitaux, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux, rue Chérif Pacha, 4, Alexandrie.
- SCANDER, Riad, Surgeon of the « Isis » Nursing Home, 15, rue des Palais, n° 3, Alexandrie.
- TSATSANIS, chirurgien de la clinique Hippocrate, 17, rue Stamboul, Alexandrie.
- * VORONOFF, S., directeur du Laboratoire de chirurgie expérimentale du Collège de France, 40, avenue Bugeaud, Paris.

EMPIRE BRITANNIQUE

- * ADAMS, J. E., 19, Harley Street, Londres W. I.
- ANDERSON, John D. S. O., 10, Airlie Place, Dundee (Scotland).
- * ANDERSON, W., B.B.E., 5, Albyn Terrace, Aberden.
- ARMOUR, Donald J., M.C.G., 89, Harley Street, Londres W. I.
- BACK, Ivor, Park Square West, 4, Londres W. I.
- BALLANCE, Sir Charles, A., K.C.M.G., 106, Harley Street, Londres W. I.
- * BERESFORD-JONES, Arthur, Barton Tower-Canterbury.
- BERRY, Sir James, 21, Wimpole Street, Londres W. I.
- * BILLINGTON, W., 58, Harborne'road, Birmingham.
- BOWLBY, Sir Anthony Bt., K.C.B., 25, Manchester Square, Londres.
- BRISTOW ROWLEY, W., 102, Harley Street, Londres W. I.
- BROMLEY, L., 25, Harley Street, Londres W. I.
- * BURGESS, A. H., 17, St-John Street, Manchester.
- BURROWS HAROLD, A., C.B.E., Devonshire House, Grove Road Southsea.
- BUSH, J. P., C.M.G., C.B.E., Vyvian House, Clifton Park, Bristol.

- CARSON, H. W., 111, Harley Street, Londres W. I.
- * CHAPMAN, C. L. Granville, Farnhurst, Grimsby.
- CLAY, John, C.B.E., 6, Victoria Square, Newcastle-on-Tyne.
- COLT, G. H., Bon Accord Square, 12, Aberdeen.
- CONNELL, A. M., Taptonville Crescent, 18, Sheffield.
- COOKE, Athur, Grove Lodge, Cambridge.
- COPE, V. Z., Harley Street, 28, Londres W. I.
- * COUPLAND, J. A., 25, Park Square, Leeds.
- DAVIES-COLLEY, R., C.M.G., 10, Devonshire Place, Londres W. I.
- DICKIE, W. S., O.B.E., Ardencafel, 20-23, Southfield Road, Middlesborough.
- * DONALDSON, Sidney, 145, Harley Street, Londres W. I.
- DUNHILL, T. P., C.M.G., 54, Harley Street, Londres W. I.
- * EDINGTON, George Henry, 20, Woodside Place, Glasgow.
- EDMUNDS, Arthur, C.B., 57, Queen Anne Street, Londres W. I.
- EDWARDS, A. Tudor, 58, Harley Street, Londres W. I.
- ELMSLIE, R. C., O.B.E., 1a, Portland Place, Londres W. I.
- EVANS, J. H., 25, Berkeley Square, Londres W. I.
- FAGGE, C. H., 3, Devonshire Place, Londres W. I.
- FAIRBANK, H. A. T., D.S.O., 84, Harley Street, Londres W. I.
- * FINCH, E. F., 53, Wilkinson Street, Sheffield.
- FITZWILLIAMS, S., D.C.L., C.M.G., 57, Grosvenor Street, Londres W. I.
- * FORSDIKE, Sidney, 82, Harley Street, Londres W. I.
- FRANKAU, C.H.S., D.S.O., Wimpole Street, 51, Londres W. I.
- * FRASER, John, M.C., 32, Moray Place, Edinburgh.
- * FULLERTON, Andrew, C.B., C.M.G., 8, University Square, Belfast.
- GASK, George E., Professor, C.M.G., D.S.O., 4, York Gate, Londres N. W. I.
- * GILL, Frederick, 60, Fitzwilliam Square, Dublin.
- GORDON-TAYLOR, G., O.B.E., 21, Harley Street, Londres W. I.

- GORDON-WATSON, Sir Charles, K.B.E., 82, Harley Street, Londres W. I.
- GREER, W. J., 19, Gold Tops, Newport, Monmouthshire.
- * GROVES, E. W. Hey, 25, Victoria Square, Bristol.
- * HANDLEY, W., Sampson, 36, Harley Street, Londres W. I.
- HARRIES, D. J., 106, Newport Road, Cardiff.
- HENRY, A., Kirkpatrick, Bay (Co Wicklow), Ireland.
- HUGHES, E. C., O.B.E., 17, Wimpole Street, Londres W. I.
- * HUTTON, Andrew J., 17-Newton Place, Glasgow.
- IRWIN, S. T., 29, University Square, Belfast.
- * JEFFERSON, Geoffrey, 46, Birch Lane, Manchester.
- JOHNSON, Raymond, O.B.E., Chobham Farm, Chobham Surrey.
- * JOHNSTONE, R. J., 14, University Square, Belfast.
- JONES, T. C., Litler, 48, Rodney Street, Liverpool.
- JONES, Sir Robert, K.B.E., C.B., 11, Nelson Street, Liverpool.
- KAY, Thomas, D.S.O., 3, Woodside Place, Glasgow.
- KELLY, Robert, C.B., 80, Rodney Street, Liverpool.
- LEGG, T. P., C.G., 139, Harley Street, Londres W. I.
- LETT, Hugh, C.B.E., 8, Lower Berkeley Street, Londres W. I.
- LOTZ, H. J., Palace Court, St-George Terrace, Perth Western (Australia).
- LOW, V., Warren, 76, Harley Street, Londres W. I.
- LYNN-THOMAS, Sir John, K.B.E., C.B., C.M.G., Llwyn-dyrys-Llechryd, Cardiganshire.
- * MC CALLUM, Gavin, 127, Collins Street, Melbourne Victoria (Australia).
- MC CONNELL, Adams, A., 69, Fitz William Square, Dublin.
- MACEWEN, Sir J. A. C., 3, Woodside Crescent, Glasgow.
- MACDONALD, I., Vinas de San Pedro, Huelva-Spain.
- MACRAE, Farquhar, 3, Park Circus Place, Glasgow.
- MARNOCH, John, C. V. O., 28, Albyn Place, Aberdeen.
- MARTIN, E. K., 40, Wimpole Street, Londres W. I.
- * MARTIN, William, 3, Marine Parade, Penarth-Glam.

- MILES, W. E., 14, Park Crescent, Londres W. I.
MITCHELL, Alexander, 2a, Albryn Place, Aberdeen.
■ MITCHINER, P. H., 8, Harley Street, Londres W. I.
MONSARRAT, K. W., 11, Rodney Street, Liverpool.
MORT, Spencer, North Middlesex Hospital, 18, Upper Ed-
monton, Londres, N.
MOYNIHAN, Sir Berkeley Bart, President of the Royal College
of Surgeons of England, K.C.M.G., C.B., 33, Park
Square, Leeds.
NITCH, C. A. R., 69, Harley Street, Londres W. I.
* O'MALLEY, J. F., 6, Upper Wimpole Street, Londres W. I.
■ O'MALLEY, Michaël G., The Crescent, Galway (Ireland).
OPENSHAW, T. H., C.B., C.M.G., 16, Wimpole Street,
Cavendish Square, Londres W. I.
PAGE, C. Max, D.S.O., 134, Harley Street, Londres W. I.
PARRY, R. H., 25, Blythswood Square, Glasgow.
PATERSON, H. J., C.B.E., 9, Upper Wimpole Street, Lon-
dres W. I.
PATERSON, Peter, 10, Sandyford, Glasgow.
* PATRICK, John, 9, Newton Place, Charing Cross, Glasgow.
PLATT, Harry, 26, St-John Street, Manchester.
POWER, Sir d'Arcy, K.B.E., 10a, Chandos Street, Lon-
dres W. I.
* PRINGLE, Seton S., O.B.E., 7, Fitzwilliam Place, Dublin,
PRINGLE, J. H., Hyndlee, Peebles.
* PYBUS, F. C., Windsor House, Jesmond Road, Newcastle-
on-Tyne.
RAWLING, L. B., 16, Montagu Street, Londres W. I.
■ RIGBY, Sir Hugh, M. K., C.V.O., 24, Queen Anne Street,
Londres W. I.
* ROBERTS, J. E. H., O.B.E., 26, Harley Street, Londres
W. I.
ROMANIS, W. H. C., 31, Harley Street, Londres W. I.
ROWLANDS, R. P., O.B.E., 12, Queen Anne Street, Lon-
dres W. I.
ROWNTREE, Cecil, 9, Upper Brook Street, Londres W. I.
* RUTHERFORD, Henry, 20, Bute Gardens, Glasgow.

- SARGENT, Percy, C. M. G., D. S. O., 20, Harley Street, Londres W. I.
- * SHEEN, A. W., C.B.E., 19, Wimpole Street, Londres W. I.
- SHERREN, J., C.B.E., 6, Devonshire Place, Londres W. I.
- SIMPSON, G. C. E., O. B. E., 15, Rodney Street, Liverpool.
- SINCLAIR, E., M. P., 22, University Square, Belfast.
- SLESINGER, E. G., 69, Wimpole Street, Londres W. I.
- SMITH, S. Maynard, C. B., 49, Wimpole Street, Londres W. I.
- * SOUTTAR, H. S., C.B.E., 58, Queen Anne Street, Londres W. I.
- SPENCER, W. G., O.B.E., 2, Portland Place, Londres W. I.
- STANDAGE, Lieut. col., C.I.E., Mysore, India.
- * STANLEY, E. G., 51, rue des Belles Feuilles, Paris.
- * STEVENSON, Howard, 23, College Gardens, Belfast.
- STILES, Sir Harold, K.B.E., 9, Great Stuart Street, Edinbourg.
- * STONEY, R. A., 55, Fitzwilliam Square, North Dublin.
- SWAN, Jocelyn, O.B.E., 75, Wimpole Street, Londres W. I.
- * TAYLOR, Sir William, 47, Fitzwilliam Square, Dublin.
- THOMAS, W. Thelwall, M.B.E., 84, Rodney Street, Liverpool.
- THOMSON, G. Ritchie, C.M.G., John Houghton Ridge, Johannesburg (S. Africa).
- TROTTER, Wilfred, 119, Harley Street, Londres W. I.
- TUBBY, A. H., C.B., C.M.G., 4, Queen Anne Street, Cavendish Square, Londres W. I.
- TURNER, G. GREY, « The Hawthorns », Osborne Road, Newcastle-on-Tyne.
- * UPCOTT, H., 13, Albion Street, Hull.
- * WADE, Henry, C.M.G., D.S.O., 6, Manor Place, Edinbourg.
- WAKELEY, C. P. G., 6, Devonshire Place, Londres S. E., 21.
- WALLACE, Sir Cuthbert, K.C.M.G., C.B., 26, Upper Wimpole Street, Londres W. I.
- WALTON, A. J., 5, Devonshire Street, Londres W. I.
- * WARD, Bernard G., 9, Newhall Street, Birmingham.
- WARING, Sir Holburt J., C. B. E., 37, Wimpole Street, Londres W. I.

- WATERHOUSE, Sir Herbert, F., 7, Wimpole Street, Londres W. I.
- * WAUGH, G. E., 77, Portland Place, Londres W. I.
- WEBB-JOHNSON, A. E., C. B. E., D. S. O., 35, Grosvenor Street, Londres W. I.
- * WHEELER, Sir William de Courcy, 33, Fitzwilliam Square, Dublin.
- WHITELOCKE, R. H. A., 6, Banbury Road, Oxford.
- WILKIE, David Percival D., O.B.E., 9, Ainslie Place, Edinburgh.
- WOOLF, A. E. Mortimer, 94, Harley Street, Londres W. I.
- WRIGHT, G., 14, St-John Street, Manchester.
- WRIGHT, H. W. S., Shantung Christian University, Tsinanfu Shantung (Chine).
- * YOUNG, Arch., 5, Park Gardens, Glasgow.
- YOUNG, Eric E., Stoneyfields, Newcastle-under-Lyne, Staffordshire.

ESPAGNE

- BARTRINA, J., professeur de clinique chirurgicale, 44, Paseo de Gracia, Barcelone.
- BLANCO, Juan Nite, 6, Fuenclara, Saragosse.
- CARULLA, Vicente, professeur, directeur de l'Institut de Thérapeutique physique, Mallorca, 212, pral., Barcelone.
- * COMPAN VICENTE, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Santa Cruz, 20, Rambla de Catalûna, Barcelone.
- * CORACHAN, Manuel, chirurgien des hôpitaux, 189, Rosellon, Barcelone.
- * CORTES-LLADO, Antonio, professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine de Séville, 28, rue Santa Maria la Blanca, Séville.
- ESCRIBANO, Victor, professeur de chirurgie opératoire, rue Duquesna, 1, Grenade.
- * GALLART-MONES, F., professeur de pathologie digestive, Consejo Ciento, 323, Pral-Barcelone.
- * GOYANES, J., Institut Principe de Asturias, 88, P. Vergara, Madrid.

- LOPEZ-DURAN, Adolfo, 22, Alberto Aguilera, Madrid.
- * LOZANO-MONZON, Ricardo, 2, rue La Gasca, Saragosse.
- MOSSO, Luis Ruiz, Comandante Medico de Sanidad Militar, 3, Vara de Rey, Logrono.
- PUIG SUREDA, Juan, agrégé, Montaner, 425, Barcelone.
- PUJOL Y BRULL, A., chirurgien des hôpitaux, 83, Enrique Granadas, Barcelone.
- RECASENS Y GIROL, Sebastian, professeur d'obstétrique et de gynécologie, rue Jenner, 6, Madrid.
- * RIBAS, Enrique, chirurgien de l'hôpital de la Ste-Croix, 3, Passage Domingo, Barcelone.
- SALDANA, Abilio, chef de clinique chirurgicale, hôpital Basunto, Bilbao.
- * SAN RICART, Ramon, 69-71, Ballester, Barcelone.
- * SANSALVADOR, Salvador, 281-1, Arago, Barcelone.
- TELLO, Blas, Luchana, Séville.
- TRIAS PUJOL, J., professeur de la Faculté de Médecine, 17, Ronda Universidad, Barcelone.
- VILARDELL, Jacinto, 80, Paseo de Gracia, Barcelone.
- VILARDELL, Jose Maria, 19, 1, 1a, Caspe, Barcelone.

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

- ABBE, Robert, Surgeon to St. Luke's Hospital, 40, West, 49th Street, New-York.
- ABBOTT, E. G., 131, State Street, Portland (Maine).
- * ADSON, A. W., 523, Seventh Avenue, Rochester (Minnesota).
- ASHHURST, A. P. C., 257, South 16th Street, Philadelphia.
- BALCH, 279, Clarendon Street, Boston (Mass.).
- BALFOUR, Donald, 102-110, Second Avenue, Rochester S. W. (Minnesota).
- * BEER, Edwin, 45, East 85th Street, New-York City.
- BEVAN, A. D., Prof. of Surgery, Rush Med. College, University of Chicago, Surgeon to Presbyterian Hospital, 122, South Michigan Avenue, Chicago.

BINNIE, J. F., Prof. of Surgery, Letterman Hospital, San Francisco (Californie).

BLAIR, V. P., Metropolitan Building, Grand Avenue and Olive Street, St-Louis Mo.

BLAKE, J. A., 116, East, 53d Street, New-York.

BLOODGOOD, Joseph C., 18, Midvale Road, Baltimore.

BRADFORD, Edw. Hickling, A. B. M. D., Surgeon to the Children's and the Samaritan Hospital; Ass't Prof. of Orthopedic Surgery in Harvard University, 133, Newburg Street, Boston (Mass.).

BREWER, G. Emerson, 19, East 65th Street, New-York City.

BREWSTER, J. W. W., 213, Beacon Street, Boston (Mass.).

* BRINSMADE, W. B., 166, Columbia Height, Brooklyn.

BUCHANAN, J. J., Prof. of Surgery West Penn. College, Surgeon to West Penn. Hospital, 1409, North Highland Avenue, Pittsburg (Pa).

BUNTS, Frank E., Prof. of Principles of Surgery and Clinical Surgery in Med. Coll. of Western Reserve University, Visiting Surgeon to St-Vincent's Charity Hospital, 9204, Euclid Avenue, Clinic Building, Cleveland O.

CARREL, A., The Rockefeller Institute, New-York City.

CARSON, Norman B. M. D., Prof. of Clinical Surgery in the St-Louis Med. College, Surgeon to the St-Louis und Mullanphy Hospitals and to the St-Vincent Insane Asylum, University City, St-Louis (Mo).

CHASE, Henry M., 520, Commonwealth Avenue, Boston.

CLARK, Y. B., 114, East 54th Street, New-York.

CLARK, Y. G., 2017, Walnut Street, Philadelphie.

CLINTON, Marshall, 556, Franklin Street, Buffalo N. Y.

COFFEY, R. C., Portland Surgical Hospital, 611, Lovejoy, Portland (Oregon).

COLEY, W., 114, East 54th Street, New-York City.

COTTON, Frederic, 512, Commonwealth Avenue, Boston (Mass.).

CRILE, G. W., Prof. of Surgery, Cleveland Clinic, Clinic Building, Cleveland, Ohio.

CUSHING, Harvey, Peter Bent Brigham Hospital, 721, Huntington Avenue, Boston (Mass.).

CUSHING, H. W., 70, Commonwealth Avenue, Boston (Mass.).

DA COSTA, John Ch. M. D., Clinical Prof. of Surgery, Jefferson Med. College ; Surgeon to the Philadelphia and Phœnville Hospitals, 1831, Chesnut Street, Philadelphia (Pa.).

DARRACH, William, 432, West 59 th Street, New-York City.

DAVIS, John S., Severn Appartments, Mount Vernon Place, Baltimore.

DAVIS, Lincoln, 205, Beacon Street, Boston (Mass.).

DEAVER, H. C., 1701, Spruce Street, Philadelphia (Penna).

DEAVER, J. B., 1634, Walnut Street, Philadelphia (Pa.).

DELATOUR, Henri Beckman, 8th Avenue, 73, Brooklyn (N. Y.).

DOWD, Charles, 138, West, 58th Street, New-York City.

DOWNES, William, 424, Park Avenue, New-York City.

EASTMAN, J. R., 331, North Delaware Street, Indianapolis (Ind.).

ELIOT, Ellsworth, 34, East 67th Street, New-York.

ELTING, Arthur, 119, Washington Avenue, Albany (N. Y.).

ESTES, W., 805, Delaware Avenue, Bethelhem (Pa.).

EVE, Duncan, Eve Building, Nashville (Tenn.).

FINNEY, John, Prof. of Surgery, 1300, Eutaw Place, Baltimore.

FRAZIER, Charles H., 3600, Walnut Street, Philadelphia (Pa.).

* FREEMAN, Léonard, B. S. M. D., Prof. of Surgery, Gross Medical College ; Surgeon to the Arapahoe County Hospital and to St-Anthon's Hospital, 2611, East, 17th Street, Denver (Col.).

GAGE, Homer, 8, Chesnut, Worcester (Mass.).

GIBBON, John H., 1608, Spruce Street, Philadelphia (Pa.).

GIBSON, C. L., Prof. of Surgery in New-York City, Surgeon to Saint-Lukes Hospital, 72, East, 54th Street, New-York City.

GOODMAN, Charles, 25, West, 76th Street, New-York.

GRAHAM, Evarts A., Department of Surgery Washington University, Euclid Avenue and Kingshighway, St-Louis (Missouri).

GREENOUGH, Robert B., 8, Marlborough Street, Boston (Massachusetts).

HAGGARD, William D., 706, Church Street, Nashville (Tenn.).

HALSTEAD, A. E., 30, North Michigan Avenue, Chicago.

HAMANN, C. A., 416, Osborn Bldg, Cleveland (Ohio).

HARRIS, M. L., 25, E. Washington Street, Chicago.

HARTWELL, John A., 27, East 63rd Street, New-York City.

HOGUET, J. P., 51 East 50th Street, New-York City.

HUPP. FRANK LE MOYNE, 14th Street, 61, Wheeling West Virginia.

* HUTCHINGS, W. H., The Detroit Club, Détroit Michigan.

JACKSON, J. N., 425, Argyle Bldg., Kansas City (Mo).

JONAS, A. F., 612, Omaha Loan, Omaha (Nebraska).

JONES, 195, Beacon Street, Boston.

JOPSON, J. H., 1824, Pine Street, Philadelphie.

JUDD, E. S., Mayo Clinic, Rochester (Minn.).

KAMMERER, F., Lohn Kehrsatz, Berne (Suisse).

KANAVEL, Allen B., Prof. of Surgery New Western University Medical School, 54, East Eric Street, Chicago (Ill.).

KEEN, W., 1520, Spruce Street, Philadelphia (Pa).

KEYES, E. L., Jr., 121, East 60th Street, New-York City.

LAW, Ayer Arthur, 2310, Stevens Avenue, Minneapolis Minnesota.

LEWIS, Dean, People Gas Building, Chicago (Illinois).

LILIENTHAL, H., Consulting Surgeon Mount Sinai Hospital, 52, East 82nd Street, New-York.

LOTROP, N. A., 101, Beacon Street, Boston (Massachusetts.)

LOWER, William E., Clinic Building, Cleveland (Ohio).

LUND, F. B., 527, Beacon Street, Boston (Massachusetts).

LYLE, Henry H. M., 38, East 68th Street, New-York City.

MC ARTHUR, L.L., 122, South Michigan Aven., Chicago (Ill.).

MC AUSLAND, W. R., Newbury Street, 240, Boston, 17 (Mass.).

MC GUIRE, E. R., Delaware Avenue, 622, Buffalo (N. Y.).

- MC GUIRE, Stuart, East Grace Street, 513, Richmond (Va.).
MC WILLIAMS, Clarence, East 65th Street, 19, New-York (City).
MARTIN, E., Locust Street, 1508, Philadelphie (Pa.).
MARTIN, Walton, East 49th Street, 228, New-York City.
MATAS, R., St-Charles Avenue, 2255, New-Orleans (La.).
MAYO, Ch. H., Mayowood, Rochester (Minn.).
MAYO, W. J., Fourth Street, 704, Rochester (Minn.).
* MEYER, Karl, Cook Country Hospital, Chicago.
MEYER, W., Madison Avenue, 700, New-York.
MILLER, Robert, Edgeville Road, 100, Roland Park, Baltimore.
MITCHELL, James, 19th Street, 1344, Washington (D. C.).
MIXTER, W.J., Commonwealth Avenue, 270, Boston (Mass.).
* MOSCHCOWITZ, A. V., Madison Avenue, 925, New-York (City).
MUDD, H. G., Room, 408, Humboldt Bldg., St-Louis (Mo.).
MURRAY, F. W., 7 West 43th Street, New-York (City).
NEILSON, T. R., Chesnut Street, 1927, Philadelphie (Pa.).
NICHOLS, Edward H., Marlborough Street, 294, Boston (Mass.).
OLIVER, J. Chadwick, Elm Street, 628, Cincinnati (Ohio).
PARHAM, Frederick W., Prof. of General Clinical and Operative Surgery, New-Orleans Polyclinic, Surgeon to Charity Hospital, 3513, Prytania Street, New-Orleans (La.).
PECK, Charles, H., East 67th Street, 107, New-York.
* PECK, G., Huguenot Street, 42, New-Rochelle.
PERCY Nelson, Sedgwick Street, 2106, Chicago (Ill.).
POOLE, Eug. H., East 60th Street, 107, New-York (City).
PORTER, C. A., Beacon Street, 116, Boston (Mass.).
PORTER, Miles, Fairfield Avenue, 2326, Fort Wayne (Indiana).
* RAMSDELL, Edwin G., Madison Avenue, 667, New-York.
RIXFORD, Emmet, California Street, 1795, San Francisco (Cal.).
SCUDDER, C. L., Commonwealth Aven., 144, Boston (Mass.).
SISTRUNK, W. E., Fourth Street, 806, Rochester (Minn.).
SMITH, C. G., Singapore.

-
- * SPEED, Kellogg, Professor of Surgery University of Chicago,
South Michigan Avenue, 122, Chicago.
- STILLMAN, Stanley, Jackson Street, 1824, San Francisco (Cal.).
- SUMMERS, J. E., Bankers Reserve Life Building, 426, Omaha
(Nebraska).
- TAYLOR, Alfred, West 55th Street, 115, New-York.
- TAYLOR, W. J., Pine Street, 1825, Philadelphie.
- THOMPSON, J. E., Broadway, 3224, Galveston (Texas).
- TRUESDALE, Philémon E., Rock Street, 151, Fall River
(Mass.).
- VAN DER VEER, Albrich, Dean of the Albany Medical Col-
lege, Eagle Street, 28, Albany (N. Y.).
- VAUGHAN, G. T., « I » Street, 1718, Washington (N. W.).
- WAINWRIGHT, Jonatham, Clay Avenue, 912, Scranton (Pa.).
- WALKER, J. B., East 50th Street, 51, New-York (City).
- WARREN, John Collins, Prof. of Surgery in Harvard Univer-
sity, Beacon Street, 58, Boston (Mass.).
- WATSON, F. S., South Dartmouth (Mass.).
- WATTS, S. H., Professor of Surgery, University of Virginia,
Charlottesville (Virginia).
- WINSLOW, Randolph, Mount Royal Terrace, 1900, Baltimore.
- * WOOD, Alfred C., Walnut Street, 2035, Philadelphie (Pa.).
- WOOLSEY, G., East 36th Street, 117, New-York.
- YOUNG, Hugh. H., Assistant, Professor of Surgery Univer-
sity of John Hopkins Hospital, Baltimore.

FINLANDE

- FALTIN, Richard, professeur C. O. de chirurgie à l'Université,
N. Magasinsgatan, 6, Helsingfors.
- GRANDBERG, W., professeur, chirurgien en chef de l'hôpital
général de Wiborg.
- STRAHLE, L., professeur, chirurgien en chef de l'hôpital
général d'Abo.
- (1) WINTER, E. J., ex-chirurgien de l'hôpital général de
Sordarola, 8, Cygnaentgatan, Helsingfors.

(1) Au moment de mettre sous presse nous avons le regret d'apprendre le décès de
M. le Docteur Winter.

FRANCE

- * ABADIE, Jules, chirurgien en chef de l'hôpital civil, Villa Marie-Thérèse, 18, boulevard Laurent Fouque, Oran (Algérie).
- ALBERTIN, E., chirurgien des hôpitaux, boulevard des Belges, 67, Lyon.
- * ALGLAVE, Paul, professeur agrégé, boulevard St-Germain, 241, Paris.
- ANDRÉ, Paul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue de Serre, 5, Nancy.
- * ARNAUD, rue du Président Wilson, 17, Saint-Etienne.
- ARROU, J., rue Bayard, 9, Paris.
- * AUVRAY, Maurice, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Laënnec, boulevard Victor Hugo, 186, Paris (8°).

BARTHÉLÉMY, Faubourg Stanislas, 10, Nancy.

BASSET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, boulevard Hausmann, 153, Paris.

BAUDET, chirurgien de l'hôpital Bichat, rue de Berry, 12, Paris.

BAUMGARTNER, Amédée, chirurgien de l'hôpital de la Charité, rue de Varenne, 63bis, Paris (7°).

- * BAZY, Louis, chirurgien des hôpitaux, rue Constantine, 17, Paris (17°).

BAZY, Pierre, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue Constantine, 17 (Esplanade des Invalides), Paris (17°).

- * BEGOUIN, Paul, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue d'Aviau, 14, Bordeaux.

- * BÉRARD, Léon, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, quai J. Courmont, 1, Lyon.

BODOLEC, rue Laënnec, 11, Quimper.

BOECKEL, quai Saint-Nicolas, 2, Strasbourg.

CHATON, Marcel, correspondant à la Société de Chirurgie, professeur de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine, chirurgien en chef de l'hôpital, rue Granvelle, 4, Besançon.

- * CHAUVIN, Professeur de clinique urologique à l'Ecole de Médecine, rue Edouard Delanglade, 14, Marseille.
- CHAVANNAZ, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue Hustin, 5, Bordeaux.
- CHEVASSU, Paul, chirurgien de l'hôpital Cochin annexe, professeur agrégé, avenue de Tourville, 1, Paris (7°).
- CHÉVRIER, Louis, chirurgien des hôpitaux, rue Danton, 10, Paris (6°).
- CIVEL, Victor, ancien interne des hôpitaux de Paris, rue Jean Macé, 31, Brest.
- CLERMONT, rue Ninau, 19, Toulouse.
- COSTANTINI, agrégé à la Faculté de Médecine d'Alger, rue de la Liberté, 20, Alger.
- * COTTE, rue de Saxe, 69, Lyon.
- CUNÉO, professeur, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, boulevard de Courcelles, 2, Paris (17°).
- CURTILLET, J., rue d'Isly, 59, Alger.
- DARTIGUES, Louis, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris, rue de la Pompe, 81, Paris (16°).
- * DE FOURMESTRAUX, rue des Beauvais, 12, Chartres.
- * DEHELLY, rue Henry Ginestal, 25, Le Havre.
- DELAGENIÈRE, Henri, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital, rue Erpell, 15, Le Mans.
- DELBET, Pierre, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, chef de clinique, rue du Bac, 24, Paris (7°).
- DELORE, chirurgien des hôpitaux, quai Gailleton, 22, Lyon.
- DE MARTEL, Thierry, avenue Victor Hugo, 17, Paris (16°).
- DESCOMPS, Pierre, chirurgien de la maison Dubois, boulevard Saint-Germain, 112, Paris (6°).
- DESGOUTTES, L., chirurgien des hôpitaux, rue Victor Hugo, 10, Lyon.
- DUJARIER, Chirurgien des hôpitaux, 5, boulevard Malesherbes, Paris (8°).
- * DURAND, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue des Archers, 10, Lyon.
- DUVAL, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital franco-brésilien, rue de Lille, 119, Paris (7°).

- ESTOR, professeur à la Faculté, place du Palais, 6, Montpellier.
- * FAURE, Jean Louis, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Broca, rue de Seine, 10, Paris.
- FORGUE, Emile, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, boulevard du Jeu de Paume, 18, Montpellier.
- * FREDET, chirurgien des hôpitaux, 3, rue Troyon, Paris (17°).
- * FROËLICH, René, professeur à la Faculté de Médecine, rue des Bégonias, 22, Nancy.
- GAUDIER, Henri, professeur à la Faculté de Médecine, rue Nationale, 175, Lille.
- * GAYET, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue Gasparin, 20, Lyon.
- GORSE, Pierre, professeur agrégé, Allées Jean-Jaurès, 42, Toulouse.
- GOSSET, Antonin, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de la Salpêtrière, avenue Emile Deschanel, 8, Paris (7°).
- GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue de l'Université, 20, Paris (7°).
- GROSS, F., doyen honoraire à la Faculté de Médecine, correspondant national de l'Académie de Médecine, rue Isabey, 19, Nancy.
- GROSS, G., professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, quai d'Orsay, 23, Paris.
- GUYOT, rue Boudet, 14, Bordeaux.
- HAMANT, professeur agrégé, rue Gambetta, 45, Nancy.
- * HARTMANN, H., professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Dieu, place Malesherbes, 4, Paris.
- HEITZ-BOYER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, rue Spontini, 16, Paris (16°).
- HERTZ, J., chirurgien de l'hôpital Rothschild, rue Blaise Desgoffe, 3, Paris (6°).
- IMBERT, L., professeur à l'Ecole de Médecine, rue Paradis, 30, Marseille.
- JEANBRAU, E., professeur à la Faculté de Médecine, rue Barthéz, 1, Montpellier.

- * JEANNENEY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 29, Cours George Clémenceau, Bordeaux.
- JOURDAN, M., ancien interne des hôpitaux de Paris, 67, rue Breteuil, Marseille.
- KLEINKNECHT, Alfred, chirurgien de l'hôpital civil, Mulhouse.
- LABEY, Georges, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, rue de Logelbach, 4, Paris (17°).
- LA FOURCADE, Allée Boufflers, Bayonne.
- LAMBERT, Professeur à la Faculté de Médecine, 229, boulevard de la Liberté, Lille.
- LAPOINTE, André, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, avenue des Villiers, 11, Paris (17°).
- LARDENNOIS, Georges, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Quentin Bauchard, 4, Paris.
- LAROYENNE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Boissac, 1, Lyon.
- LAUNAY, P., chirurgien de l'hôpital Cochin, rue Portalis, 11 bis, Paris (8°).
- LECENE, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, boulevard Raspail, 51, Paris (6°).
- * LECLERC, professeur à l'Ecole de Dijon, place Etienne Dolet, 9, Dijon.
- LE DENTU, membre de l'Académie de Médecine, rue de Messine, 2, Paris (8°). (1).
- * LE FORT, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, rue du Maire André, 34, Lille.
- LEJARS, Félix, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, rue de la Victoire, 96, Paris (9°).
- LENORMANT, Ch., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, rue de Buenos-Ayres, 1 bis, Paris, 7°.
- * LERICHE, René, professeur à l'Université de Strasbourg, rue Jean Jacques Rousseau, 19, Strasbourg.
- MARION, Albert, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, boulevard Saint-Germain, 174, Paris (6°).

(1) Pendant l'impression du compte-rendu nous avons eu le vif regret d'apprendre le décès du professeur Le Dentu, survenu à la suite d'une intervention chirurgicale.

- * MARQUIS, Eugène, professeur de pathologie chirurgicale à l'école de Rennes, chirurgien de l'Hôtel Dieu, rue d'Antrain, 25, Rennes (Ille et Vilaine).
- * MATHIEU, Paul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des hôpitaux, 74, rue Vaneau, Paris (7°).
MAUCLAIRE, L. P., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, boulevard Malesherbes, 40, Paris.
- MÉRIEL, professeur à la Faculté de Médecine, rue d'Aubuisson, 7, Toulouse.
- * MICHEL, Gast., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue de Rigny, 15, Nancy.
- * MICHON, Edouard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, rue Vaneau, 37, Paris (7°).
MOCQUOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Daru, 15, Paris (8°).
MOLIN, chirurgien des hôpitaux, rue du Plat, 13, Lyon.
- * MONOD, R., chirurgien des hôpitaux, rue de Prony, 9, Paris (17°).
MOULONGUET, Alb., professeur à l'Ecole de Médecine, rue de la République, 55, Amiens.
- * MOURE, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, rue de Milan, 11bis, Paris.
- NOVÉ-JOSSERAND, Professeur à la Faculté de Médecine, rue des Archers, 9, Lyon.
- OKINCZYK, Joseph, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, rue de Seine, 6, Paris (6°).
- OMBREDANNE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Enfants malades, boulevard Saint-Germain, 126, Paris (6°).
- * PATEL, Maurice, Professeur à la Faculté de Médecine, 30, rue Président Carnot, Lyon.
- PAUCHET, V., professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, avenue Charles Floquet, 37, Paris.
- PERRENOT, rue du Onze Novembre, 14, Saint-Etienne.
- * PERRIN, chirurgien des hôpitaux de Lyon, quai de Retz, 21, Lyon.

- PERRIOT, professeur à l'Ecole de Médecine, place Victor Hugo, 11bis, Grenoble.
- PEUGNIEZ, Paul, professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, rue Faber, 42, Paris (7^e).
- PICOT, G., Chirurgien des hôpitaux, 59, avenue Victor Hugo, Paris.
- * PICQUÉ, R., Cours Merlin, 30, Talence (Gironde).
- * PROUST, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des hôpitaux, 2, avenue Hoche, Paris.
- QUÉNU, Edouard, professeur à la Faculté de Médecine, rue de Lisbonne, 10, Paris (8^e).
- * REGAUD, C., directeur de l'Institut du Radium de l'Université de Paris, rue Pierre Curie, 1, Paris.
- REYNES, Henri, chirurgien en chef des hôpitaux, rue Ed. Rostand, 9, Marseille.
- RICHE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Baudin, 13, Montpellier.
- * ROBINEAU, M., chirurgien de l'hôpital Necker, rue de Berri, 33, Paris (8^e).
- * ROCHER, professeur à la Faculté de Bordeaux, rue Judaïque, 91, Bordeaux.
- ROUVILLOIS, Henri, Médecin inspecteur, 132, boulevard Raspail, Paris.
- ROUX-BERGER, J.-L., Chirurgien des hôpitaux, 8, rue des Saints Pères, Paris (7^e).
- * SANTY, professeur agrégé, place Gailleton, 1, Lyon.
- SAVARIAUD, Maurice, chirurgien de l'hôpital Beaujon, rue Marbeuf, 31, Paris (8^e).
- SCHWARTZ, Anselme, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Auguste Vacquerie, 29, Paris (16^e).
- SEBILEAU, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, rue La Boétie, 56, Paris (8^e).
- SIEUR, Georges, médecin inspecteur général, boulevard Saint-Jacques, 54, Paris (14^e).
- * SIMON, agrégé à la Faculté de Strasbourg, rue Erkmann Chatrian, 10, Strasbourg.
- SOREL, Rob., ancien interne des hôpitaux de Paris, rue de l'Université, 169, Paris (7^e).

- * SORREL, chirurgien à l'hôpital de Berck (Pas-de-Calais), rue du Général Foy, 46, Paris (8^e).
- SOULIGOUX, chirurgien de l'hôpital Beaujon, place Malesherbes, 7, Paris (17^e).
- * STOLZ, Albert, professeur de clinique chirurgicale, quai Koch, 16, Strasbourg.
- TAVERNIER, L., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue de Bonnel, 7, Lyon.
- TEDENAT, Emile, professeur à la Faculté de Médecine, boulevard Ledru-Rollin (Enclos Tissé), Montpellier.
- TÉMOIN, D., correspondant national de l'Académie de Médecine, place des Quatre-Piliers, 6, Bourges.
- THEVENOT, rue de l'Hôtel de Ville, 101, Lyon.
- TIXIER, Louis, professeur à la Faculté de Médecine, rue de la Charité, 4, Lyon.
- TUFFIER, Théodore, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, avenue Gabriel, 42, Paris (8ⁱ).
- VANVERTS, Julien, professeur à l'Université de Lille, membre correspondant de l'Académie de Médecine, rue Solférino, 236, Lille.
- VAUTRIN, Alexis, professeur à la Faculté de Médecine, Cours Léopold, 45, Nancy.
- VEAU, Victor, chirurgien des Enfants assistés, rue Delaborde, 50, Paris.
- VIANNAY, rue Troussseau, 21, Saint-Etienne.
- VIGNARD, Paul, chirurgien des hôpitaux, rue du Plat, 30, Lyon.
- VILLARD, Eugène, professeur à la Faculté de Médecine, quai Jules Courmont, 6, Lyon.
- WALTHER, Ch., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue de Bellechasse, 68, Paris (7^e).
- * WERTHEIMER, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, quai de la Guillotière, 18, Lyon.
- WIART, P., chirurgien de l'hôpital Lariboisière, rue de Phalsbourg, 2, Paris (17^e).

GRECE

CATERINOPOULOS, D., professeur à l'Université, rue Edouard Laow, 12, Athènes.

CORYLLOS, professeur, rue Othon, 12, Athènes.

GERULANOS, Marinos, professeur de la clinique chirurgicale de l'Université d'Athènes, rue Char. Trikupi, 35, Athènes.

KOKORIS, Dimitrios, agrégé de l'Université, rue de l'Académie, 30, Athènes.

MACCAs, rue Solon, 10, Athènes.

MACRYCOSTAS, G., chef de la clinique chirurgicale d'Athènes, rue du Trois Septembre, 27, Athènes.

ISLANDE

* EINARSSON, Höfda, Reykjavick.

* MATTHIASSEN, Steingrimur, Akureyri.

ITALIE

* ALESSANDRI, R., Direttore del R. Istituto di Clinica Chirurgica, Roma.

* ANTONUCCI, Cesare, Libero Docente Chirurgo Primario degli Ospedal, Via Nomentana, 27, Roma.

* ANZILLOTTI, Giulio, Libero Docente Chirurgo Primario dello Spedale Civile, Corso Amedeo, 125, Livourne.

* APERLO, Giovanni, Libero Docente, Assistente Clinica Chirurgica R. Università Milano, Via Pietro Verri, 14, Milano.

* ARTOM DI SANT' AGNESE, Valerio, Aiuto Clinica Ostetrico-ginecologica, Via Po A., 17, Roma.

* BAGGIO, Gino, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Via del Basilico, 10, Roma.

* BAGOZZI, Girolamo, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Alberti, S. Giovanni Val d'Arno (Arezzo).

* BASTIANELLI, Pietro, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Maggiore, Via Lamarmora, 10, Milano.

* BASTIANELLI, R., chirurgien des hôpitaux, Via dei Villini, 2, Roma.

- BIANCHERI, Antonio, Libero Docente, Ospedale Civile, Modena.
- BINACHI, Roberto, directeur et professeur de clinique chirurgicale, Via Sassari, 39, Cagliari (Sardaigne).
- BOBBIO, Luigi, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedali, Via Montevecchio, 1, Torino.
- * BOLOGNESI, Giuseppe, Professore di Patologia Chirurgo R. Università, Siena.
- * BONANOME, A. L., Chirurgo Primario Ospedale Roma, Via dei Gracchi, 142, Roma.
- * BORCHI, Mario, Libero Docente, Aiuto di Clinica Chirurgica R. Università di Milano, Piazza Monforte, 2, Milano.
- * BRANCATI, Raffaele, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Policlinico, Roma.
- * BURCI, E., professeur et directeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'études supérieures, Viale Bernardo Segres, 3, Firenze.
- * CAPELLI, Lorenzo, Libero Docente Chirurgo Primario dello Spedale Civile, Ancona.
- * CARBONELLI, Giovanni, Libero Docente di Ginecologia Istituto Farmacologico, Via Casilina, 73, Roma.
- * CARLE, Antonio, Professore di Clinica Chirurgica R. Università, Senatore del Regno, Torino.
- * CASCINO, Rosario, Libero Docente, Direttore del Sanatorio Chirurgico, Modica (Siracusa).
- * CASTIGLIOLA, Orlando, T. Colonnello Medico, Direttore dell' Ospedale Militare, Venezia.
- CASTIGLIONI, Giovanni, Prof. Incar. di Patologia Chirurgica Università di Milano, Corso Porta Nuova, 23, Milano.
- * CAUCCI, Alberto, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Infantile, Corso Vittorio Emanuele, 36, Ancona.
- * CERMENATI, Attilio, Libero Docente, Chirurgo Primario, Teramo.
- * CHIAROLANZA, Raffaele, Libero Docente, Via Costantinopol, 3, Napoli.
- * CHIASSERINI, Angelo, chef de clinique chirurgicale, Via Tevere, 16, Roma (34).
- CIGNOZZI, Oreste, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Grosseto.

- CROSTI, Frances, Chir. Ospedale Maggiore, Via Donizzetti, 39, Milano.
- * D'AGATA, Giuseppe, Professore di Patologia Chirurgica, Università, Grande Ospedale Piemonte, Messina.
- * D'AGOSTINO, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Imola.
- DAL COLLO, Pier Giovanni, Assistente Clinica Chirurg. R. Università di Milano, Via Lamarmora, 11, Milano.
- * DALLA VEDOVA, Riccardo, Professore di Clinica Traumatologica, Ortopedica R. Università, Via Varese, 12, Roma (21).
- * DE FABI, Achille, Chirurgo Primario Degli Ospedali, Via G. B. Morgagni, 35, Roma.
- DE FRANCESCO, Donato, Chirurgo Primario, 20, Via Perasto Ospizio Marino, Venezia.
- * DE GAETANO, Luigi, Professore Incar. di Ortopedia R. Università, Via Roma, 12, Napoli.
- * DELITALA, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Venezia.
- D'ESTE, Almerico, Chirurgo Primario Ospedale Civico, Via Carducci, 10, Trieste.
- * D'ESTE, Stefano, Chirurgo Primario e Ginecologo dell'Ospedale Maggiore di Crema.
- * DOMINICI, Leonardo, professeur de clinique chirurgicale, 23, Via Armando Diaz, Sassari.
- * DONATI, Mario, professeur de clinique chirurgicale, Riviera Paleocapa, 12, Padova.
- * EGIDI, Guido, Libero Docente Chirurgo Primario Degli Ospedali, Via di Pietra, 70, Roma.
- * FALCONE, Roberto, Libero Docente Chirurgo Primario, Ospedale Civile, Cosenza.
- FASIANI, Mario, Liberto Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Direttore dell' Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università, Padova.
- FICHERA, Gaetano, Professore di Patologia Chirurgica R. Università, Pavia.
- FIORI, Paolo, Professore di Patologia Chirurgica, R. Università, Modena.

- * FORNI, Gherardo, Libero Docente, Assistente Clinica Chirurgica, Via dei Mille, 9, Bologna.
- FRATTIN, G., (Professore), Viale Margherita, 25, Modena.

- * GAMBERINI, Carlo, 27, Via Indipendenza, Bologna.
- GANGITANO, Carlo, Via Nicola Gallo, 8, Palermo.
- * GIORDANO, D., chirurgien en chef de l'hôpital de Venise, Senatore del Regno, San Leonardo, 1574, Venezia.
- * GUSSIO, Sebastiano, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Roma.

LENZI, Luigi, Libero Docente, Direttore dell'Ospedale Italiano, Buenos-Aires. (République Argentine-Amérique du Sud.)

- * LEOTTA, N., Professore di Clinica Chirurgica, Bari.
- LUSENA, Gustavo, Libero Docente, Chirurgo Primario, Via Albaro, 6, Genova.
- * LUXARDO, Augusto, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Place Vittorio Emanuele II, n° 1, San Daniele del Friuli (Udine).

MAIOCCHI, Andrea, Prof. Incar. di Semeiotica Chirur. alla R. Università, Corso Porta Romana, 80, Milano.

- * MARAGLIANO, Dario, Professore Incar. Patologia Chirurgica, R. Università, Via Galata, 39, Genova.
- * MARGARUCCI, D., chirurgien de l'hôpital de la Consolazione, chirurgo primario al Policlinico Umberto I, Libero doc. di Patol. chirurg. R. Università, Via Barbieri, 6, Roma.

MARINO, S. A., Chirurgo dell'Ospedale Italiano, 1382, Moreno, Buenos-Aires. (République Argentine-Amérique du Sud.)

- * MAROGNA, Pietro, Prof. di Patologia Chirurgica dell R. Università, Sassari.
- * MATTOLI, A., chirurgien en chef de l'hôpital, Chieti.
- * MIONI, Giuseppe, Docente di Patologia Speciale Chirurgica, Chirurgo Operatore dell'Ospedale, Foligno (Umbria).
- * MUSCATELLO, Giuseppe, Professore di Clinica Chirurgica R. Università, Catania.
- * MUZI, Saturno, Chirurgo Primario degli Ospedali, Via Zannardelli, 16, Roma.

- * NASSETTI, Francesco, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Pisa.
- * NIGRISOLI, Bortolo, Direttore del R. Istituto di Clinica Chirurgica, 5, Piazza San Martino, Bologna.
- NIOSI, Francesco, Libero Docente, Via Lavagna, 27, Pisa.
- * ODESCALCH(, I., 12, Via Commenda, Milano.
- * PASCALE, Giovanni, Senatore, Professore di Clinica Chirurgica R. Università, Napoli.
- * PELLEGRINI, A., Chirurgo, Libero Docente, Direttore dell'Ospedale Mellini, Chiari (Brescia).
- * PENNISI, Alessandro, Libero Docente, Via Cavour, 18, Messina.
- * PEREZ, Giovanni, Professore di Patologia Chirurgica R. Università Policlinico, Umberto, 1°, Roma.
- * PESTALOZZA, Ernesto, Senatore, Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica R. Università, Via Zanardelli, 36, Roma.
- * PIERI, Gino, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Belluno.
- * PORTA, Silvio, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Sulmona.
- * PURPURA, Francesco, Professore di Patologia Chirurgica R. Università, Via della Giostra, 1, Palermo.
- * PUTTI, V., Istituto Rizzoli, Bologna.
- * PUTZU, Francesco, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Via Martini, 10, Cagliari.
- RAZZABONI, Giovanni, Professore Incaricato di Patologia Chirurgica R. Università, Parma.
- * ROLANDO, Silvio, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Pammatone, 16, Via Maragliano, Genova.
- * RONCALI, B. Demetrio, Professore di Patologia Chirurgica R. Università Policlinico alla Sapienza, Napoli.
- * ROSSI, Baldo, Senatore, Prof. di Clinica Chirurgica del Padiglione Zonda, 5, Via Spiga, Milano.
- * ROSSI, Franco, Aiuto Chirurgo Ospedale Maggiore di Milano, Via Ausonio, 12, Milano.
- * ROSSI, Felice, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, 60, Via Garibaldi, Aquila.

- * ROSTIROLLA, Antonio, Chirurgo Primario dell'Ospedale Civile, 22, Calepina, Trento.
- SBRÓZZI, Marcell, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Fano (Pesaro).
- SCALONE, Ignazio, Libero Docente, Francoforte (Siracusa).
- * SCHIASSI, B., 130, Via S. Vitale, Bologna.
- SEGALE, G. C., Piazza Galeazzo Alessi, 1-10, Genova.
- SERAFINI, Giuseppe, Libero Docente, Chirurgo Primario degli Ospedali, Via Legnano, 27, Torino.
- * SILVESTRINI, Luigi, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, Rimini.
- * SOLARO, Giuseppe, Direttore dell'Ospedale, Busto Arsizio (Prov. de Milan).
- * SOLIERI, Sante, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale, Via Garibaldi, 10, Forlì.
- * STOPPATO, Ugo, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Parma.
- STROPENI, Luigi, Ass. Clinica Chirurgica Università, Torino.
- TADDEI, Domenico, Direttore della Clinica Chirurgica delle R. Università, 5, Via Ridolfi, Pisa.
- * TANSINI, Iginio, Direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica, Pavia.
- TASCA, P., Chirurgo Primario, Via Seminario, 11, Portogruaro (Prov. di Venezia).
- * TORRACA, Luigi, Libero Docente, Aiuto Clinica Chirurgica, Corso Vittorio Emmanuele, 466, Napoli, (79).
- TUSINI, G., Prof. di Clinica Chir., Via del Prato, 1, Genova.
- * UFFREDUZZI, O., 25, Corso Sommeiller, Torino.
- * VIGNOLO QUINTO, Libero Docente, Chirurgo Primario Ospedale Civile, chirurg. della R. Università di Pisa, Via S. Giorgio, 18, Lucca.

JAPON

- AKAIWA, Hachirò, prof. à la Faculté de Okayama.
- GOTO, Shichiro, prof. à l'Univ. Impériale de Kyúshiu.
- HADA, Benzò, prof. à l'Univ. Impériale du Hokkaidó.

ISOBE, Kiyemon, prof. à l'Univ. Impériale de Kyôtô.

ITO, Hayazô, prof. à l'Univ. Impériale de Kyôtô.

IZUMI, Gorô, prof. à la Faculté de Kanazawa.

KAWAMURA, Kyoichi, prof. à la Faculté de Kyoto.

KONDÔ, Tsugushige, professeur à l'Université Impériale de Tôkyô.

* MIYAKE, Hayashi, professeur à l'Université impériale de Kyûshû.

SEKIGUCHI, Shigeki, professeur à l'Université Impériale de Tôhoku.

SHIOTA, Hiroshige, prof. à l'Université Impériale de Tôkyô.

SUGIMURA, Shichitaro, professeur à l'Université Impériale de Tôhoku.

TORIKATA, Ryuso, prof. à l'Université Impériale de Kyôto.

LETTONIE

MINTZ, Wladimir, Elisabethstr., 45/47, Riga W. 2.

NORVEGE

BULL, Incognitogade, 26, Oslo.

CAPPELEN, Chr., Drontheim.

GRÖNDALL, Backer, 19, Erling Skjalgsøns gate, Oslo.

HENRIKSEN, P., Skien.

HOLST, A., Drontheim.

INGEBRIGTSEN, R., ancien agrégé à la Faculté de Médecine de Christiania, chirurgien de l'Hôpital de Stavanger.

* MAGNUS, Vilhelm, 9, Uranienborgveien, Oslo.

NICOLAYSEN, J., professeur, Oskarsgate, 43, Oslo.

SANDBERG, J., Bergen.

SCHILLING, Oslo.

SMIT, L., Laege, Bergen.

WIDERÖE, Sofus, Oslo.

PAYS-BAS

- BACKER, Jacob, chirurgien du « Tesselschade Hosp. », 550, Keizersgracht, Amsterdam.
- BAKKER, A., St-Francesenweg, 37, Heerlen (Limbourg).
- * BEUCKERS, A. C. M., 148, Spoorlaan, Tilbourg.
- BIERENS DE HAAN, J., chirurgien des hôpitaux, 44, Koningslaan, Amsterdam.
- * BOEVÉ, H., 's Gravendijkwal, 95, Rotterdam.
- CHARBON, G., Parkstraat, 30, Arnhem.
- DE BRUINE-GROENEVELD, 34, Rapenburg, Leiden.
- * DE GRAAFF, J., 162, Fok, Heerenveen.
- DUQUESNE, J., 17, Kloosterwandstraat, Roermond.
- FOCKENS, P., chirurgien, Matheserlaan, 338, Rotterdam.
- * GOEDHUIS, J., chirurgien de l'Hôpital Municipal, 1, Kapjeswelle, Deventer.
- * HUSTINX, rue Saroléa, 21, Heerlen.
- JESSURUN, M., chirurgien, ancien interne des hôpitaux, Raamsingel, 4, Haarlem.
- * KAPPERS, Zuidendiep, 9, Groningen.
- * KOCH, C. F., Heerengracht, 47, Middelburg.
- KOCH, C. J. A., professeur de clinique chirurgicale de l'Université, Schuitendiep, 39, Groningen.
- KOCH, E., Zuidwal, 83, La Haye.
- * KUYJER, J. H. Koninginnegracht, 8, La Haye.
- LYCKLAMA A NYEHOLT, Twaalf Apostelweg, 75, Nimègue.
- MAASLAND, J., chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rouge, Sweelinckplein, 75, La Haye.
- MAC GILLAVRY, chirurgien, ancien interne de la clinique chirurgicale, J. W. Brouwersplein, 9, Amsterdam.
- NOORDENBOS, W., Emmaplein, 10, Amsterdam.
- OFFERHAUS, H. K., Villa « Zonneheuvel », Schalkhaar, Deventer.
- * OIDTMAN, A., chirurgien en chef à l'hôpital des catholiques, Prinsengracht, 758, Amsterdam.

- * PIMENTEL, M. H., Sarphatikade, 16, Amsterdam.
- POLAK, M., chirurgien, Frankenslag, 25, La Haye.
- RATH, H. A. F., Djokjakarta, Java (Indes néerlandaises).
- RENSSEN, W., Utrechtstr., 10, Arnhem.
- RUTGERS, M., chirurgien de l'hôpital des catholiques, Bexuidenhout, 113, 's Gravenhage.
- RUYS, Directeur de la Policlinique de chirurgie et d'urologie, Van Eedenstraat, 16, Haarlem.
- SCHEFFELAAR KLOTS, Petrus, directeur der Vrouwen Kliniek, Julianastraat, 45, Haarlem.
- * SCHOEMAKER, J., chirurgien de l'hôpital Municipal, Oude Weg, 84, Scheveningen.
- SCHOUTE, D., chirurgien, 70a, Seissingel, R., Middelburg.
- SIKEMEIER, E. W., Parkstraat, 42, Arnhem.
- STAVERMAN, chirurgien, Hout Kade, 18, Vlissingen.
- * VAN CAMPEN, J., chirurgien, ancien interne de la Clinique chirurgicale, Van Eeghenstraat, 129, Amsterdam.
- VAN DEN BERG, W., Bezuidenhout, 123, La Haye.
- VAN DER GOOT, D. H., Sweelinckstraat, 4, 's Gravenhage.
- VAN DER HOEVEN, J., chirurgien, ancien interne, Nieuwstad, 39, Zutphen.
- * VAN DEN HORN-VAN DEN BOS, chirurgien de l'hôpital, Oranjesingel, 9, Nimègue.
- ZAAIER, J. X., professeur de clinique chirurgicale à l'Université, Stationsweg, 39, Leyde.

PEROU

DENEGRI, Juvenal, professeur de la Faculté de Médecine, 289, Calle de Mogollon, Lima.

POLOGNE

AMBROZEWICZ, Alexandre, chef de la clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Pickna, 29, Varsovie.

BOCIANSKI, S., adjoint à la clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, Cracovie.

* BURSCHE, Emil, chirurgien en chef de l'hôpital Evangélique, rue Orła, 4, Varsovie.

* CIECHOMSKI, André, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Enfant Jésus, rue Jerozolimska, 49, Varsovie.

DOBROWOLSKI, Wacław (1), chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rouge, rue Smolna, 6, Varsovie.

DZIEMBOWSKI, Sigismond, chirurgien en chef de l'hôpital à Bydgoszcz, rue Sniadeckich, 52a, Bydgoszcz.

ERLICH, E., rue Sienkiewicza, 10, Varsovie.

FILIPOWICZ, W., chirurgien de l'hôpital Evangélique, Nowo-senatorska, 2, Varsovie.

* GLATZEL, Jean, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Panska, 14, Cracovie.

* GOLDMAN, Antoine, chirurgien en chef de l'hôpital Municipal à Lodz, rue Koscienski, 39, Lodz.

* GOLSTEIN, P., Marszałkowska, 127, Varsovie.

* GRUCA, Adam, interne de la clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Pryarow, 4, Lwow.

GURBSKI, Stanislas, général de brigade, rue Kredytowa, 4, Varsovie.

HORODYNSKI, Witold, chirurgien en chef de l'hôpital militaire, Nowogrodzka, 34, Varsovie.

JAKIMIAK, Boleslas, chirurgien en chef de l'hôpital de la Transfiguration de Jésus-Christ, rue Chmielna, 56, Varsovie.

* JURASZ, Antoine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Jasna, 10, Poznan.

KACZYNSKI, Casimir, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Wilcza, 2, Varsovie.

KOWALSKI, L., adjoint à la clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Długa, 1 Poznan.

(1) Au moment de mettre sous presse nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Docteur Dobrowolski.

- KROTOWSKI, Jean, professeur à la clinique chirurgicale de l'Université, Sanatorium Ste-Elisabeth, rue Długa, 1, Poznan.
- * KRYNSKI, Léon, professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de Médecine, rue Smolna, 15, Varsovie.
- KUMMANT, Alexandre, chirurgien en chef de l'hôpital Evangélique, rue Piotrkowska, 260, à Lodz.
- LAPINSKI, Venceslas, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Jerozolimska, 51, Varsovie.
- LESNIEWSKI, Antoine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Widok, 10, Varsovie.
- * LEWENSTERN, Eugène, chirurgien en chef de l'hôpital de la Croix-Rouge, rue Wspolna, 62, Varsovie.
- LUBELSKI, Maurice, chirurgien en chef de l'hôpital israélite, rue Jerozolimska, 43, Varsovie.
- * MEISSNER, Alfred, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 14, rue Mokotowska, Varsovie.
- MIECZKOWSKI, Léon, professeur agrégé à l'Université de Poznan, Sanatorium St-Elisabeth.
- MICHEJDA, Kornel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, Wilno.
- NIEWIADOMSKI, François, assistant du service chirurgicale à l'hôpital de la Transfiguration de Jésus-Christ, rue Marszalkowska, Varsovie.
- * NOWAKOWSKI, Casimir, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Poznan.
- * OSTROWSKI, Thadée, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Romanowicza, 5, Lwów (Léopol).
- * RADLINSKI, Sigismond, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Brzozowa, 12-3, Varsovie.
- RODZINSKI, Richard, chirurgien en chef de l'hôpital Municipal rue Asnyka, 2, Lwów (Léopol).
- * RUFF, Stanislas, chirurgien des hôpitaux, rue Slowackiego, 8, Lwów (Léopol).
- SAWICKI, Bronislas, professeur à la Faculté de Médecine, rue Bracka, 16, Varsovie.

- * SCHRAMM, Hilary, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, rue Kraszewski, 19a, Lwów.
- SLAWINSKI, Zdzislaw, chirurgien des hôpitaux (hôpital St-Jésus), rue Nowogrodzka, 48, Varsovie.
- SOLMAN, Thomas, chef de clinique chirurgicale privée, rue Szucha, 9, Varsovie.
- STANKIEWICZ, Czeslaw, chirurgien de la maison de santé « Zdrowie », rue Zlota, 3, Varsovie.
- SZARECKI, Boleslaw, colonel, chef du service de chirurgie de l'hôpital à l'Ecole militaire supérieure, rue Pickna, 1, Varsovie.
- SZERSZYSKI, Bronislas, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Mokotowska, 11, Varsovie.
- SZPER, Joseph, assistant du service chirurgical à l'hôpital de l'Enfant Jésus, rue Nowogrodzka, 19, Varsovie.
- * SZPILMAN, rue Grojecka, 9, Varsovie.
- TUERSCHMID, chirurgien en chef de l'hôpital à Nowy Targ.
- TYMIENIECKI, Edward, chirurgien en chef de l'hôpital St-Roch, rue Pickna, 36, Varsovie.
- WERTHEIM, A., Jerozolimska, 75, Varsovie.
- WIERZEJEWSKI, Iréné, professeur agrégé, directeur de l'Institut d'orthop., rue 10, 27 Grudnia, Poznań.
- * WITKOWSKI, Edouard, assistant du service chirurgicale à l'hôpital de la Transfiguration de Jésus-Christ, rue Wrecka, 5, Varsovie.
- WOJCIECHOWSKI, Adolphe, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, rue Nowogrodzka, 59, Varsovie.
- * WRZESNIEWSKI, Ladislas, chirurgien en chef de l'hôpital de la Sainte-Vierge-Marie, rue Allée, 29, Czestochowa.
- ZAKRZEWSKI, Sigismond, rue Targowa, 67, Varsovie.
- ZAORSKI, Jean, rue Smolna, 30, Varsovie.
- * ZAWADZKI, Alex., chirurgien des hôpitaux (service hôpital Varsovie-Praga), Nowogrodzka, 12, Varsovie.
- ZEMBRZUSKI, Louis, Colonel, directeur à l'Ecole supérieure militaire de médecine, rue Sewerynow, 5, Varsovie.
- ZURAKOWSKI, Witold, Colonel-lieutenant, chirurgien en chef à l'hôpital militaire, rue Skorupki, 10, Varsovie.

PORTUGAL

AZEVEDO, Gomes, rue Garret, 61, 1^{er} D^{te}, Lisbonne.

BASTOS, Henrique, chirurgien des hôpitaux, Praça Rio de Janeiro, 34, Lisbonne.

* BASTOS, Teixeira, rue Alvarès Cabral, 245, Porto.

* CABEÇA, C., professeur à l'Ecole de Lisbonne, rue Camara Pestana, 23, Lisbonne.

CAMBOURNAC, Désiré, chirurgien à l'hôpital de Cintra.

* COELHO, Fernando Pinto, rue Ivens, 26, 1^{er}, Lisbonne.

DA COSTA, Saccadura, chirurgien des hôpitaux, Campo de Sant Anna, 69, Lisbonne.

* DA FONSECA, Angelo, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, Coïmbra.

DE MAGALHAES, Joao, professeur à la Faculté de Coïmbra, Alto Sta Catharina, 1-2°, Lisbonne.

* DE MATTOS, Alvaro, rue de Thomar, 5, Coïmbra.

* DE SOUZA, Salazar, professeur à l'Ecole de médecine, Avenida República, Lisbonne.

DE VASCONCELLOS, Paes, chirurgien des hôpitaux, Rue Alves Correia, 93, 1°, Lisbonne.

DOS SANTOS REYNALDO, chirurgien des hôpitaux, avenue S. A. Agniar, 142, Lisbonne.

FRANCHINI, Julio, chirurgien et directeur du service de gynécologie à l'hôpital St-Antoine, Rue Alvarès Cabral, 315, Porto.

GENTIL, Francisco, professeur à l'Ecole de Lisbonne, Calçada da Sacramento, 12, Lisbonne.

GENTIL, José, professeur à l'Ecole de Lisbonne, Rua Garret, 29, 1° (Chiado), Lisbonne.

GOMES, Alberto, chirurgien des hôpitaux, Rua de San Bonto, 247, Lisbonne.

LIMA, Carlós, rue da Restauração, 413, Porto.

* MAC BRIDGE, Alberto, chirurgien des hôpitaux, Rua do Salitre, 136, Lisbonne.

- * MONJARDINO, Aug., professeur à l'Ecole de Lisbonne, chirurgien des hôpitaux, Rua do Carmo, 60, 1°, Lisbonne.
- MOREIRA, M. A., J^r, professeur à l'Ecole de Lisbonne, Rua Aurea, 74, Lisbonne.
- PEREIRA, Torres, Rua Ivens, 15, Lisbonne.

ROUMANIE

- BALACESCO, professeur de chirurgie infantile, à la Faculté de Médecine, Str. N. Balcescu, 38, Bucarest.
- CAPLESCO, Poenaru, conférencier à la Faculté, Strada Vasile Lascar, 40, Bucarest.
- DANIEL, Constantin, professeur de clinique gynécologique, chirurgien en chef de l'hôpital Coltzea, rue Dionise, 28, Bucarest.
- GEROTA, D., professeur à la Faculté de Médecine, boulevard Ferdinand, 50, Bucarest.
- IGNATECO, M., assistant à la Faculté de Médecine, Strada Scane, 59, Bucarest.
- * JACBOVICI, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 13, rue Minerva, Cluj.
- JIANO, A., professeur à la Faculté de Médecine, Str. Nisipari, 20, Bucarest.
- JUVARA, E., professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 12, strada Orlando, Bucarest.
- * LEONTE, chirurgien des hôpitaux, Str. Wilson, 21, Bucarest.
- PETRESCU, Directeur de l'hôpital de Sighisoara.

RUSSIE

- ALEXANDROFF, W. W., Boltchoi Prospect, 7, Leningrad.
- ALEXYSKY, avenue de Neuilly, 163^{ter}, Paris.
- CHEVKOUNENKO, W., Kirotchnaia, 8, Leningrad.
- * DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA, N., Doctoresse, boulevard Edgard Quint, 17, Paris (16°).

FEDOROFF, S., professeur, Nadesdinskaïa, 31-1, Leningrad.

* GORASCH, Wladimir, Ligovka, 6, Leningrad.

HERZEN, Pierre, professeur de chirurgie et clinique chirurgicale de l'Université de Moscou, Tverskaja Diegtiarnü, 5, Moscou.

KORNMAN, I., directeur de la clinique chirurgicale indépendante de la Faculté de Médecine d'Odessa, rue Pasteur, 62, Odessa.

* KRASSINTZEFF, B., chirurgien en chef de l'Institut Skifossovsky, Southarevskaya, 11, Moscou.

OPOKINE, professeur, Tomsk (Sibérie).

* PLOTKIN, T., professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Municipal, Krasnodar.

RADZIEWSKY, A., Treswatitel, 9, Kiew.

SAPTECHKO, à Kichineff (Roumanie).

SCHAMOFF, W. N., professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale de l'Université, rue Sumskaja, 41, Charkow.

SCHAPIRO, Emanuel, Kondratenkokaya, 28, Odessa.

SELBERBERG, I. W., 4, rue Trotzki, Odessa.

VOLKOWITCH, Carawajewskaïa, Kiew.

WREDEN, Institut orthopédique, Alexandrowsky Park, 5, Leningrad.

SERBES CROATES SLOVENES

GENTCHITCH, L., Sanatorium Vratchar, rue Grinskowa, 51, Belgrade.

KOËN, Léon, rue Miloscha Velikog, 17, Belgrade.

KRSTITSCH, Nicol, rue Miloscha Velikog, 58a, Belgrade.

PETROVITCH, 6, rue Bitolyska, 37, Belgrade

SUEDE

- * ALEMAN, Oscar, directeur de l'hôpital militaire de Stockholm, chirurgien en chef, Birger Jarlsgatan, 19, Stockholm.
- * BERGSTRÖM, L., chirurgien en chef de l'hôpital de Ljungby, Ljungby.
- ECKMAN, Thorstein, Médecin en chef de l'hôpital de garnison, Boden.
- EKEHORN, Gustaf, ancien professeur à l'Institut Carolin, Kungsgatan, 70, Stockholm.
- GIERTZ, Knut Harald, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mörby, Stocksund.
- HANSSON, H. E., Serafimerlasarettet, Stockholm.
- * HYBBINETTE, Samuel, chirurgien en chef de l'hôpital Sabbatsberg, Sturegatan, 32, Stockholm.
- JOHANSSON, S., chirurgien en chef de l'hôpital Sahlgren, Göteborg.
- * KAIJSER, Fritz, chirurgien en chef de l'hôpital civil à Hernösand.
- LIND, Erik, chirurgien en chef de l'hôpital civil à Ornsköldsvik.
- * LINDQVIST, Silas, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Södertälje.
- LÖFBERG, Otto Lorens, chirurgien en chef de l'hôpital civil, Malmö.
- LÖNNBERG, Ingolf, chirurgien en chef de l'hôpital civil, Karlshamn.
- * OLIVECRONA, Herbert, chef de clinique chirurgicale de Serafimerlasarettet, Fleminggatan, 28, Stockholm.
- * RIETZ, Torsten Sigurd, chirurgien en chef de l'hôpital de Vernamo, Vernamo.
- TROELL, Abraham, agrégé à l'Institut Carolin, Docent i Kirurgi, Villagatan, 5, Stockholm.
- * WALLER, Erik, chirurgien en chef du Länslasarettet, Lidköping.

SUISSE

- BERNHARD, O., ancien directeur de l'hôpital de la Haute-Engadine, à Samaden, St. Moritz-Dorf.
- * BEUTTNER, O., professeur de clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Genève, quai des Eaux-Vives, 46, Genève.
- BIRCHER, Ernst, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal à Aarau.
- * BRUN, Hans, priv. doc. für chirurgie an der Universität Zurich, Im Bergli, Lucerne.
- * BUSCARLET, F., ancien interne des hôpitaux de Paris, rue Diday, 10, Genève.
- CLAIRMONT, P., professeur de clinique chirurgicale, Kantstr., 12, Zurich.
- * CLÉMENT, Gustave, chirurgien de l'hôpital cantonal, rue Vogt, 8, Fribourg.
- DARDEL, Gustave, place de Thoun, 59, Berne.
- * DE QUERVAIN, Fritz, professeur de clinique chirurgicale, Kirchenfeldstr., 60, Berne.
- DESCÔEUDRES, F. clinique Montbrillant, rue de la Serre, 34, La Chaux de Fonds.
- DUNANT, Raoul, boulevard des Tranchées, 44, Genève.
- * FONIO, A., priv. doc., chirurgien de l'hôpital de district, Schloss-Strasse, Langnau i. E.
- FRITSCHÉ, E., Sohn, Burgstrasse, Glarus.
- HAGENBACH, Ernest, priv. docent de chirurgie à Bâle, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants, Steinenring, 23, Bâle.
- * HENSCHEN, professeur à l'Université de Zurich, rue Dufour, 43, St. Gall.
- ISELIN, H., Professor extraordinarius der Chirurgie an der Universität de Genève, Bermannagasse, 11, Basel.
- * JENTZER, Albert, priv. doc., rue de l'Université, 8, Genève.
- * JULLIARD, Charles, professeur extraordinaire, rue du Rhône, 2, Genève.

- KOCHER, A., priv. doc. de chirurgie, Laupenstrasse, 25, Berne.
- * KUMMER, E., professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Genève, Les Arolles, avenue de Champel, 15, Genève.
- * LUTHI, A. L., Chirurgischer Chefarzt, Bälliz, 65, Thun.
- * MACHARD, Alf., ancien chef de clinique chirurgicale à l'hôpital cantonal de Genève, Corratierie, 16, Genève.
- * MARTIN DU PAN, Charles, priv. doc., rue Sénebier, 20, Genève.
- * MATTHEY, Alfred, Vieux Châtel, 3, Neuchâtel.
- MATTI, H., professeur extraordinaire de chirurgie à l'Université de Berne, chirurgien des enfants, Sonnenbergstr., 9, Berne.
- MONNIER, E., priv. doc. der Chirurgie an der Universität, rue Pestalozzi, 18, Zurich.
- ODERMATT, W. Ch., Kantonale Krankenanstalt, Liestal.
- * PASCHOUD, H., priv. doc. univers., Richemond (Lausanne).
- * REVERDIN, Albert, avenue Beau-Séjour, 4, Genève.
- REVERDIN, J. L., professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Genève, Rive de Pregny, route de Lausanne, Genève.
- ROLLIER, A., chirurgien, Leysin (Vaud).
- ROUX, César, professeur de clinique chirurgicale et gynécologique, Montbenon, Lausanne.
- RUPPANNER, Ern., chirurgien de l'hôpital de district de Samaden (Grisons).
- * RUSCA, F., priv. doc., Via della Ramogna, Locarno.
- SCHLATTER, C., Professor der Chirurgie und Unfallmedizin, Rigistrasse, 31, Zurich.
- SEILER, Hermann, rue Christophe, 6, Berne.
- STEINMANN, F., professeur extraordinaire, Alpeneckstr., 1, Berne.
- SUTER, Fritz, professeur extraordinaire, Missionsstrasse, 33, Bâle.
- * VEILLON, E., chirurgien de l'hôpital des Diaconesses, Bahnhofstr., 1, Riehen b. Basel.

- VELLA, A., Via Carti, 1, Lugano.
- VEYRASSAT, Jean, professeur de polyclinique, rue du Colombier (Servette), 15, Genève.
- VISCHER, Andreas, priv. doc., Kanongasse, 21, Basel.
- VULLIET, H., professeur extraordinaire de chirurgie à l'Université de Lausanne, avenue de la Gare, 34, Lausanne.
- WALTHARD, H., Monbijoustrasse, 47, Berne.
- WILDBOLZ, Hans, professeur de polyclinique chirurgicale, Finkenhübelweg, 12, Berne.
- WYDLER, A., Utoquai, 37, Zürich.

SYRIE

ALTOUNYAN, Ernest, hôpital Altounyan, à Alep.

TCHECO SLOVAQUIE

- BEDRICH, Gregor, chef de l'hôpital à Vsetin.
- * DAVID, Vaclav, assistant de la clinique chirurgicale, Riegrovo, Nabr., 18, Praha II.
 - * DIVIS, Jiri, professeur agrégé, chef de la deuxième clinique chirurgicale du professeur Jedlicka-Praha-Podoli, rue Stépanska, 16, Prague II.
 - * JEDLIEKA, R., professeur de clinique chirurgicale, Perstyn, 1, Prague.
 - * JIRASEK, A., professeur agrégé de chirurgie de l'Université Charles de Prague, Prague, I.
 - * KAFKA, V., Betlémské, nam. C.2, Praha.
 - KUKULA, O., professeur de la clinique chirurgicale, Harrachavo, nam. I, 31, Prague II.
 - MICHAL, V., chirurgien de l'hôpital d'Etat Král. Vinohrady, Komenského nam, 1, Prague II.
 - NEUWIRT, Karel, assistant de la clinique chirurgicale du professeur Petrivalsky, Brno.
 - NIEDERLE, B., chirurgien de l'hôpital, Kladno (Bohême).

PETRIVALSKY, J., professeur de la clinique chirurgicale Brno, Vaclavské nám, 47, Prague.

* POLAK, Otto, chirurgien de l'hôpital, Cesky Brod, Bohême.

* REJSEK, Josef, chef adjoint de la clinique chirurgicale, rue Puckmayerova, 47, Prague XII.

* SANTRUCEK, Karel, chef de l'hôpital Prerov., rue Tchéco-Slovaquie, Prerov.

* SCHNURFEIL, Karl, chef de l'hôpital à Caslav.

* VANA, Antonin, assistant, rue Kounicova, 71, Brno.

ZAHRAVNICKY, F., directeur de l'hôpital Nemecky Brod, 1a, Kremencova, Prague I.

ZAHRAVNICEK, Jan, professeur agrégé de l'Université de Brno.

NOTICES NÉCROLOGIQUES

concernant les membres de la Société décédés de 1923 à 1926

I. — Belgique

ANTOINE DEPAGE

(1862-1925)

La disparition de l'éminent chirurgien, survenue le 10 juin 1925, à La Haye, alors que chacun, lui voyant reprendre sa brillante activité d'avant-guerre, espérait sa prompte et entière guérison, a plongé dans un deuil cruel le corps médical belge tout entier, l'Université libre de Bruxelles, dont il fut un des champions les plus ardents, les hôpitaux, auxquels il consacra le meilleur de son activité débordante, et *Bruxelles-Médical* à qui, dès ses débuts, il accorda son précieux patronage et dont il encouragea puissamment toutes les initiatives.

Les multiples manifestations de son extraordinaire puissance de travail ont engagé le Comité de rédaction de *Bruxelles-Médical* à scinder la puissante personnalité de Depage en trois physionomies qui caractérisent chacune un des domaines où il s'était acquis une réputation mondiale : notre ami, Albert Devèze, reproduira pour nos lecteurs la silhouette si caractéristique de Depage au Sénat ; le colonel médecin Derache qui, ayant lui aussi brillamment illustré la chirurgie belge durant la grande guerre, se trouvait mieux placé que nul autre pour apprécier l'œuvre inoubliable de Depage pendant les années tragiques, montrera le rôle prépondérant de Depage au front. Ayant eu, pendant un quart de siècle, la faveur de vivre dans son intimité, tour à tour comme interne et comme assistant dans les hôpitaux, puis comme collaborateur et comme ami, je n'ai pu refuser le pénible privilège de rappeler la place considérable acquise par Depage dans l'enseignement universitaire et dans l'essor de la chirurgie moderne. L'émotion profonde dont je ne puis me défendre en reportant mes souvenirs à tant d'heures où le Maître

vénéré me prodigua ses conseils, m'excusera de ne pouvoir brosser avec toute l'ampleur désirable l'image si vibrante de l'éminent disparu.

Né à Watermael-Boitsfort, le 28 novembre 1862, Depage a conservé toute sa vie l'esprit frondeur, le caractère indépendant et un peu fruste, le goût des entreprises périlleuses, la hardiesse, l'obstination et l'énergie des gamins indisciplinés du Brabant flamand. Les discussions orageuses, dont retentirent plus tard les couloirs de l'hôpital Saint-Jean, les austères salles académiques de l'Université ou les ambulances du front n'étonnèrent jamais ceux qui avaient connu Depage enfant, dont l'écorce un peu rude cachait un cœur d'or.

Après avoir brillamment terminé ses études à l'Université de Bruxelles et obtenu le titre de docteur agrégé, le 21 juin 1890, Depage alla se perfectionner à Leipzig, Prague et Vienne. Sa carrière scientifique présente une remarquable unité de direction, bien documentée notamment par l'examen de docteur en sciences naturelles qu'il passa avec succès en 1885 ; ses innombrables publications sont toutes marquées d'un souci à la fois scientifique et pratique, en même temps que d'un grand effort de précision et d'un réel talent de synthèse.

Déjà sa thèse d'agrégation, consacrée à l'étude de la *tuberculose osseuse*, montrait une tendance très nouvelle à cette époque : celle d'associer plus intimement les recherches de laboratoire aux données fournies par la clinique. Ces travaux d'histologie et de bactériologie qui lui étaient particulièrement chers, il n'a jamais cessé d'en proclamer l'importance trop souvent méconnue ; et tout récemment, dans l'émouvante allocution qu'il adressa au Ministre français Justin Godart, quand, apparemment si bien remis, il présida la séance solennelle d'ouverture de la semaine de la Croix-Rouge, il s'était plu à remettre en lumière l'énorme bénéfice que nos malades — qui trop souvent ne s'en rendent pas compte — retirent des recherches scientifiques accumulées dans les laboratoires annexés à tous les centres universitaires ; l'admiration sincère qu'il professait pour les savants dont les découvertes ont révolutionné notre art, pour les Pasteur, les Bordet, les Carrel, les Vincent, les Curie, les Cantacuzène, les Wright, constituait une des caractéristiques de sa vaste érudition.

Lauréat de la Société royale des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles (prix Seutin 1887), Depage fut nommé préparateur du cours d'anatomie pathologique en 1891, professeur de clinique chirurgicale et chargé du cours de pathologie chirurgicale spéciale en 1901, professeur extraordinaire en 1909 et professeur ordinaire de pathologie externe générale et spéciale en 1914.

Il occupa depuis lors la chaire de clinique chirurgicale en même temps qu'il professait le cours de pathologie externe générale et spéciale. Le labeur considérable qu'il s'imposait pour la préparation de ses cours, la conscience avec laquelle il s'efforçait de les tenir au courant de toutes les acquisitions les plus récentes, l'intérêt qu'il témoignait à ses élèves, lui ont acquis de solides et durables sympathies qui provoquèrent dans tout le pays de profonds regrets devant sa disparition prématurée. La haute conception qu'il se faisait de son rôle d'éducateur apparaît notamment dans la très belle conférence qu'il fit aux étudiants libéraux, et qui était intitulée : *Le rôle de l'Université dans le développement de la Nation*.

Des pages entières de ce travail, qu'il avait écrit avec une sincère émotion, méritent d'être reproduites « in extenso » ; elles sont dignes de figurer parmi les plus nobles pensées de la littérature médicale.

Au nombre des publications de Depage où se confondent sa culture scientifique et son talent chirurgical, je citerai particulièrement : *De l'emploi des injections d'eau salée en chirurgie* (1897) ; *Du rôle de la cavité péritonéale dans la statique abdominale* (1904) ; *Valeur clinique de l'examen du sang, particulièrement au point de vue du chirurgien* (1905) ; *La technique des greffes et des autoplasties* (1908) ; *Le traitement moderne des plaies* (1920).

Mais si Depage fut un Maître bienveillant que ses disciples aimaient autant qu'ils l'admiraient, un « semeur d'idées » et un propagandiste enthousiaste, il fut avant tout un chirurgien hardi et élégant, d'une exceptionnelle virtuosité, passionné de son art. Rappelons parmi ses publications, dont la postérité conservera le souvenir, tout d'abord celle sur *la position ventrale* (1905) qui, à mon avis, a réduit de 50 % les risques

de l'amputation du rectum ; ses articles sur *l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire* ; sur la *splanchnoptose* (1893) ; sur la *trachéotomie préventive* (1896) ; sur la *résection du ganglion de Gasser* (1897) ; sur *l'effondrement de la paroi thoracique pour pleurésies purulentes chroniques généralisées* (1900) ; sur un *nouveau procédé pour la gastrostomie* (1901) ; sur un *nouveau procédé d'hépatopexie* (1904) ; sur la *résection des uretères et de la vessie dans les cancers utérins étendus* (1905) ; sur le *boulonnage des os en cas de fracture* (1907) ; sur le *cerclage de la rotule* (1908) ; sur le *cancer du pharynx* (1909) ; sur le *traitement du cancer du sein*, au sujet duquel il comptait encore, aux Journées Médicales de 1925 exposer ses vues très personnelles et très originales.

Sa réputation s'était étendue bien au delà de nos étroites frontières comme en témoigne l'honneur exceptionnel qui lui échut d'être élu à la présidence du Congrès français de Chirurgie en 1920.

Outre le savant et le chirurgien, il y avait en Depage un organisateur d'élite dont les qualités se manifestèrent d'abord dans son service hospitalier et dans sa clinique privée, modèle encore inégalé ; puis dans ses publications sur les *Progrès de la chirurgie considérés au point de vue de l'administration hospitalière* (1901), enfin, dans une série d'articles sur l'industrialisation de la chirurgie et sur les nouvelles règles de constructions hospitalières, dont il avait eu l'occasion d'étudier les directives nouvelles au cours de ses voyages en Amérique, en 1914 et en 1921.

La guerre des Balkans où, avec des moyens de fortune, il parvint au péril de sa vie, à organiser à Constantinople une ambulance qui sauva des milliers de blessés, lui servit de préparation au rôle prépondérant qu'il allait assumer deux ans plus tard dans la réforme profonde de la collaboration indispensable entre la Croix Rouge et le Service de Santé de l'Armée. Mon éminent collègue, le colonel médecin Derache montrera, pour l'avoir vu à l'œuvre, ce que fut le prodigieux effort réalisé au front par Depage et qui lui vaudra l'éternelle reconnaissance de milliers de familles de toutes les nations belligérantes, qui lui doivent la guérison de leurs fils. Mais je ne puis, sans une profonde émotion, me souvenir

de cette soirée de décembre 1912, où, sur le quai de la gare du Nord, il s'embarquait pour la Turquie, avec quelques assistantes, malgré le danger des torpillages et du choléra qu'il savait devoir affronter. Et mon émotion s'accroît en revoyant derrière les cheveux embroussaillés de Depage la physionomie calme et souriante de M^{me} Depage qui, de la portière du wagon, envoyait ses adieux et ses encouragements à ses fils et aux quelques intimes réunis là. Le nom de cette compagne admirable, dont l'intelligente et affectueuse collaboration a eu sur l'activité scientifique de Depage une influence incalculable, restera justement attaché de façon durable à la fondation de l'Ecole d'infirmières, dont elle fut une des plus zélées inspiratrices. Mais ce serait lui rendre un hommage insuffisant que de ne pas l'associer à l'œuvre tout entière de son mari pour qui elle avait non seulement un dévouement sans bornes, mais encore une admiration profonde, qu'ont partagée tous ceux qui ont vécu dans l'intimité de ce cerveau supérieurement doué.

Ce fut aussi Depage qui créa, de toutes pièces, bien avant toute intervention officielle, la première école d'infirmières diplômées qui, sous l'énergique impulsion de sa femme, de Mme Paul Vandervelde et de Miss Cavell, révolutionna les conditions du soin des malades et permit à la Belgique de prendre rang dignement à côté des écoles de nursing des pays anglo-saxons et scandinaves. Si nous pouvons, à juste titre, être fiers de posséder aujourd'hui des infirmières dignes de leur haute mission humanitaire dans les multiples attributions de l'infirmière hospitalière, scolaire, d'hygiène, de l'enfance, visiteuse, coloniale, c'est à l'inébranlable volonté de Depage, d'aboutir dans la voie qu'il croyait vraie et juste, que nous devons ce succès, qui est un des plus beaux fleurons qui resteront attachés à sa gloire.

Devenu, après l'armistice, président de la Croix Rouge de Belgique, en même temps que secrétaire de la Ligue Internationale des Associations de Croix Rouge, Depage bouleversa les règlements de cet organisme, dont l'intérêt avait été trop longtemps méconnu en Belgique et en fit une institution nationale dont le rôle en temps de paix devint presque l'égal de ses attributions en temps de calamités et de guerre. La

Revue de la Croix Rouge lui a consacré, il y a quelques semaines, un numéro où étaient mis en évidence de façon parfaite, les améliorations importantes dues à sa puissante impulsion, et l'attribution que le Gouvernement de la République française lui avait faite récemment de la médaille d'or de la reconnaissance française prouve éloquemment la valeur des services qu'il avait rendus dans ce domaine.

Fondateur de la Société Belge de Chirurgie en 1893, il en fut tour à tour le secrétaire et le président et jusque dans ces derniers mois, un des membres les plus assidus : la visite des hôpitaux du front à laquelle il invita la Société dès 1919, les discussions animées auxquelles il prit toujours part lui assureront une place inoubliable dans les Annales de cette Société savante.

Ardent patriote, il conçut, en 1902, le projet hardi de créer une Association internationale de Chirurgie qui pût montrer aux étrangers, que la Belgique, justement réputée sur le terrain industriel, commercial et artistique, pouvait se mesurer aussi sur un pied d'égalité avec ses grandes voisines dans le domaine des sciences chirurgicales. La Société internationale de Chirurgie, qui groupe actuellement les représentants les plus qualifiés de la chirurgie mondiale et qui compte parmi ses membres les chirurgiens de trente nations, lui a rendu un solennel hommage en lui conférant, en 1914, la présidence du Congrès de New-York, après qu'il eut assuré pendant dix ans les fonctions absorbantes de secrétaire général. Les rapports importants élaborés aux cinq Congrès de cette Société par les sommités de la chirurgie mondiale constituent un ouvrage de plus de 6,000 pages qui a permis d'élucider bien des questions controversées en chirurgie et de mettre au point l'état actuel des progrès de notre art. Tout l'honneur de cette puissante documentation revient à Depage, qui sut jeter les bases de cette vaste organisation.

Dès l'année 1900 il publia, avec la collaboration de ses adjoints, le compte rendu annuel de son service chirurgical où, à l'instar des grands services américains, il passait au crible d'une critique sévère les résultats obtenus, en vue de perfectionner la technique et d'améliorer ses statistiques.

Rappelons enfin l'énorme effort rédactionnel qu'il s'im-

posa en éditant, presque seul, en 1898, l'*Année chirurgicale* où, avec l'aide des frères De Keyser, il s'efforça de résumer les principaux travaux de chirurgie parus dans le monde entier. Si l'*Index Medicus de Bruxelles-Médical* réussit, avec des visées d'ailleurs beaucoup plus modestes à grouper, les principales publications actuelles, il nous plaît de reconnaître que c'est en nous inspirant de la pensée de notre Maître que nous avons atteint ce résultat.

Les « Journées Médicales » auxquelles, dès leur début, il accorda son précieux appui et de puissants encouragements, ces « Journées » sont en vérité une manifestation indirecte de sa pensée : n'avait-il pas, en effet, il y a déjà vingt ans, imaginé ce « Samedi médical » où tant de confrères de province venaient se mettre au courant des nouveautés chirurgicales et reprendre contact avec leur ancien Maître !

La mort tragique de M^{me} Depage, le formidable surmenage qu'il s'imposa durant la guerre, avaient miné sa robuste santé et ont fait échouer, par une amère dérision, les efforts tentés par ses amis les plus distingués pour le conserver aux multiples œuvres auxquelles il se dépensait sans compter.

Durant ces longs mois de souffrances, les innombrables marques de sympathie dont il fut l'objet de la part de nos Souverains, des plus hautes personnalités, de tous ses confrères, ont montré à Depage en quelle particulière estime le tenaient ses concitoyens.

Puissent les regrets unanimes que cause la mort prématurée de cet homme de bien, apporter quelque réconfort à l'immense douleur de ses fils et de sa sœur, qui voudront bien trouver ici l'expression de nos affectueuses condoléances.

Toutes les nations alliées ont décerné à Depage leurs plus hautes distinctions honorifiques, dont je ne citerai que quelques-unes des plus marquants.

Chevalier de l'Ordre de Léopold (le 18 avril 1906) ; Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris 1907) ; Docteur en sciences « honoris causa » de l'Université de Sheffield ; Officier de l'Ordre de Léopold (26 décembre 1911) ; Officier de la Légion d'Honneur (1915) ; Membre correspondant de l'Institut de France (Académie des Sciences) (1916) ; Croix de guerre avec palme (1916) ; Membre honoraire de la

Société américaine de Chirurgie (1916) ; Commandeur de Sainte-Anne (Russie) (1917) ; Croix de guerre avec étoile d'or (France) (1917) ; Compagnon de l'Ordre Militaire du Bain (Angleterre) (1918) ; Officier de l'Ordre de l'Aigle blanc (Serbie) (1918) ; Médaille de la Victoire (Belgique) (1918) ; Médaille Commémorative de la Guerre (1918) ; Commandeur de l'Ordre de Léopold avec palme (1919) ; Commandeur de l'Ordre de l'Etoile noire du Benin (France) (1919) ; La Distinguished Service Medal (Etats-Unis) (1919) ; Membre honoraire de la Société de Médecine de Gand (1919) ; Membre titulaire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (1919) ; Membre honoraire de l'American Medical Association (1919) ; Membre honoraire de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique (1919) ; Médaille civique de première classe (1919) ; Membre du Collège of Surgeons de Londres (1919) ; Médecin général (1919) ; Prix quinquennal de médecine (1916-1920) ; Commandeur de la Légion d'Honneur (1920) ; Membre du Conseil de Gouverneurs des Ligues des Sociétés de Croix Rouge (pour la Belgique et la Hollande) (1920) ; Grand Officier de l'Ordre de Léopold (1923) ; Président de l'Association de la Croix Rouge de Belgique (1920) ; Commandeur de l'Ordre de Danebrog (Danemark) (1920) ; Médaille du Roi Albert (1921) ; Médaille d'or de la Renaissance française (1925).

Cette énumération, qui montre combien le génie de Depage était universellement apprécié prouve qu'il était un « homme » dans l'acception la plus large, d'une conscience éprouvée, enthousiaste dans l'action, inébranlablement attaché à ses convictions, résolu dans la pensée, ayant en toute circonstance la claire notion de son devoir de citoyen et l'énergie de l'exécuter sans détour et sans faiblesse. Son nom honore la science belge ; ses leçons et ses exemples resteront profondément gravés dans la mémoire de ses disciples.

L. MAYER.
(*Bruxelles Médical.*)

* * *

CHARLES JACOBS

Le docteur Charles Jacobs, que la maladie retenait éloigné de ses confrères depuis de longs mois, était un des plus nobles figures de la chirurgie belge. Celui qu'on avait connu si actif s'en est allé sans bruit, et cette modestie dernière a singulièrement accru l'émotion que provoqua parmi ses innombrables amis la pénible et douloureuse nouvelle de sa mort.

Opérateur au talent incontesté, travailleur probe et honnête, esprit fin et cultivé, Charles Jacobs se place au tout premier rang de la chirurgie en Belgique. On peut dire qu'il donna un essor magnifique à la gynécologie opératoire. Il fut aussi un précurseur de la curiethérapie, à laquelle il avait, depuis près de quinze ans, consacré une grande part de son admirable activité. Ses premiers articles sur les applications de radium datent de 1911. Mais son œuvre est si vaste dans tous les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique, que nous devons renoncer à citer des travaux dont plusieurs font autorité.

Charles Jacobs fonda, en 1889, la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique, dont il fut successivement trésorier, secrétaire général, vice-président et président. La sympathie de ses collègues l'avait appelé, dès 1896, à occuper la présidence d'honneur du cercle dont, jusqu'en ces dernières années, il était l'âme. On se rappelle ses communications empreintes toujours de la plus grande honnêteté scientifique, la part qu'il prenait à toutes les discussions, où son savoir et son expérience étaient appréciés.

C'est un des beaux fleurons de Charles Jacobs que d'avoir eu l'idée de fonder un congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Il en organisa les premières assises à Bruxelles, en 1892, et eut le bonheur de voir grandir le succès de ces réunions internationales auxquelles collaborait l'élite des gynécologues du monde. Dissout par le fait de la guerre, le Congrès se reformait en 1919, sans les membres des Empires centraux, à l'occasion d'une réunion de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, dont Charles Jacobs était président d'honneur.

Jacobs avait, à Anderlecht, une clinique particulière. Il avait aussi fondé à Bruxelles la polyclinique Sainte-Anne dont les archives, publiées sous forme de journal, témoignent de son labeur scientifique.

Patriote ardent, il s'était mis dès le début de la guerre, et malgré son âge, au service de son pays. Il dirigea, avec le grade de major, l'hôpital belge de Londres, auquel il annexa une école d'infirmières. On ne dira jamais assez les services qu'il rendit là-bas à ses compatriotes, aux réfugiés comme aux soldats. Mais les dures fatigues auxquelles l'astreignait un service où il se donnait corps et âme, ne furent pas sans l'atteindre. Et seule une volonté tenace permit à Charles Jacobs de vivre ces dures années d'après guerre. Car, rentré en Belgique, fatigué, désabusé aussi, il avait eu, en outre la douleur de perdre la chère compagne de sa vie.

BECKERS,
(*Bruxelles Médical.*)

*
* *

LOUIS LE CLERC-DANDROY

Le docteur Louis Le Clerc-Dandroy est mort le 30 juillet 1925, succombant à une affection qui le minait depuis quelques mois qui n'avait rien enlevé de ses enthousiasmes et à sa généreuse activité.

Notre regretté confrère avait été nommé agrégé à la Faculté de Médecine le 21 juin 1913. Depuis le 15 juillet 1922, il était chargé de la Clinique urologique à l'Université. Sa science et son talent étaient hautement appréciés.

Louis Le Clerc-Dandroy était chef de service des Hôpitaux de Bruxelles, vice-président du Collège des Médecins et vice-président de la Ligue contre le Péril vénérien. Il était membre de la Société française d'urologie et de la Société internationale. Il avait présidé la Société belge dont il était un des membres les plus actifs.

Sa haute culture générale ajoutait au charme de sa personnalité. Le Clerc-Dandroy était aussi un musicien de talent, et après avoir fait partie de l'orchestre médical il s'était attelé

à mettre sur pied l'orchestre universitaire où, parmi les étudiants, il occupait le pupitre de premier violon.

La mort qui le frappa en pleine activité, a dit fort justement le Président du Conseil d'administration de l'Université, sera douloureusement ressentie par tous ses Collègues dont il s'était fait des amis par la générosité du cœur et par l'élévation de ses sentiments.

BECKERS,
(*Bruxelles Médical.*)

*
* *

CHARLES GORIS

Le docteur Charles Goris est mort subitement.

Charles Goris était resté d'une étonnante activité scientifique, n'abandonnant rien de ses opérations à l'Institut chirurgical de Bruxelles, dont il dirigeait le service d'oto-rhino-laryngologie, ni de ses communications aux sociétés savantes, aux congrès, aux Journées Médicales, dont il fut un fidèle collaborateur. Sans avoir eu jamais de charges universitaires, on peut dire que Goris a fait école, et ses disciples sont nombreux qui tiennent dans le pays une place brillante.

Son œuvre est vaste : Goris a développé plus particulièrement la chirurgie de la tête et du cou. Il établit notamment (1896) la technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire, technique encore observée de nos jours, et se spécialisa dans la chirurgie de l'ethmoïde, de l'œsophage et de l'hypophyse. Il était d'une audace qui n'avait d'égale que son habileté.

La droiture de son caractère lui valut la sympathie et l'affection de tous ses confrères, qui l'appelèrent successivement à la présidence de la Société belge d'oto-rhinolaryngologie, de la Société belge de Chirurgie et de la Médico-Chirurgicale du Brabant. Le 11 juillet 1920, ses très nombreux amis lui faisaient une inoubliable manifestation à l'occasion de son élection comme membre titulaire de l'Académie royale de médecine.

Charles Goris, qui avait fait ses études aux Universités de Louvain et de Bruxelles, était officier de l'Ordre de Léopold. Il a été inhumé dans la plus stricte intimité.

On se souviendra qu'il a grandement honoré son pays et sa profession.

BECKERS,
(Bruxelles Médical.)

II. — Cuba.

GABRIEL CASUSO

(1850-1924)

Né à Guamutas, République de Cuba, en 1850, il commença ses études à l'Université de La Havane et a été nommé docteur en 1876 à Madrid, et en 1879 à Paris, présentant sa thèse : « Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales, par la réunion immédiate secondaire ».

A son retour à Cuba il a été nommé chirurgien de l'Hôpital de S. Felipen Santiago, à La Havane.

En 1892, il a gagné le concours à la chaire de Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie.

En 1899, il fonda le *Progreso Medico*. Il a répandu à Cuba les pratiques de l'asepsie et de l'antisepsie.

Doyen de la Faculté de Médecine, Recteur de l'Université, Ministre au cabinet du président Estrada Palma, M. le Professeur Casuso a été un maître incontesté de la gynécologie cubaine.

★
★★

JULIO CARRERA

Assez jeune encore, a disparu ce chirurgien cubain, d'une grande probité intellectuelle et morale. Il était chirurgien de l'Hôpital Municipal de La Havane, vice-président de la Société de Estudin Clinicos et membre de l'Académie de Médecine.

Son décès en 1923, éveilla bien des regrets parmi ses amis et ses collègues.

III. — Danemark

CHRISTENSEN, ERIK

Christensen, Erik, né le 19 octobre 1872, fils du D^r Christen, a été nommé médecin en 1898.

Assistant à l'Institut d'Anatomie normale, juillet 1898-septembre 1903.

Assistant Finsius Institut de Médecine, avril-mai 1899.

Candidat-diaconisse Stiftelse, juin 99-février 1901.

» Olso Hôpital, juin 1901-août 1902.

» Sint Lucas Stiftelse, sept. 1902-1903.

» Aarhus Sindssygehospital, oct. 1903-fév. 1904.

» Frederiks Hospital, mars 1904-janv. 1905.

Revisor Chimey ord. St-Joseph Hospital, fév. 1905-oct. 1906.

» Chimey Frederiks Hospital, juin 1901-sept. 1909.

» diaconisse Stiftelse, oct. 1909-oct. 1910.

» St-Lucas, nov. 1910-mars 1913.

Médecin en chef à Kommun Hospital, avril 1913-oct. 1924.

Comme on voit par la liste de la grande quantité des charges qu'il a remplies de 1898 jusqu'à 1903, il est très naturel qu'il soit devenu le chef de l'hôpital de la commune d'Aalborg (assez grande ville en Jutland), où il était très estimé, de 1913 jusqu'à sa mort en 1924, pour ses qualités de chirurgien.

★
★ ★

OSCAR BLOCH

Oscar Bloch naquit à Copenhague le 15 novembre 1847 et mourut de pneumonie le 19 juin 1926. Il fut professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine de Copenhague, 1886-1913.

C'était un chirurgien très érudit, un excellent maître, éloquent et spirituel, aimé et admiré de tous ses collègues danois et scandinaves. Il était membre de la Société internationale de chirurgie depuis sa fondation et délégué du Danemark jusqu'à 1926.

Il est l'auteur de nombreux travaux chirurgicaux. Son chef d'œuvre est *La Chirurgie en leçons cliniques* (11 vol.).

IV. — Espagne.

ESTAPE

Le docteur Estapé, chirurgien de l'Hôpital Sta-Cruz de Barcelone, est mort encore jeune, en pleine activité scientifique et peu de temps après avoir fait une réorganisation complète de son service.

Ses publications sur la chirurgie pratique et universitaire sont très remarquables.

V. — Etats-Unis.

LUCIUS W. HOTCHKISS

Dr. Lucius Wales Hotchkiss, prominent New York physician, died Sunday at his home in Santa Barbara, Cal., according to word received in New York yesterday. Dr. Hotchkiss, who had a New York residence at 11 East Forty-eighth Street, was a visiting surgeon at Roosevelt Hospital.

Dr. Hotchkiss was born in New Haven, Conn., December 31, 1859. He was graduated from Colombia College in 1881 and from the College of Physicians and Surgeons of that institution three years later. He practiced medicine in New York and in 1909 he became a professor of clinical surgery at the same college.

Dr. Hotchkiss was a consulting surgeon at Bellevue, Knickerbocker, St. Joseph's and Greenwich Hospitals. He was a fellow of the American Surgeons' Association, a member of the American Academy of Medicine, the Society of Clinical Surgery, Société Internationale de Chirurgie, the University and the Psi Upsilon Clubs, and the New York Academy of Medicine.

The New York Herald Tribune, April 13th 1926.

VI. — France.

BRAQUEHAYE

Braquehayé était chirurgien de l'Hôpital français de Tunis. Il a fait connaître une excellente méthode de traitement des fistules vésico-vaginales particulièrement applicables à celles qui se trouvent au fond du cul de sac comme les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale.

*
* *

AUGUSTE BROCA

(1859-1924)

La chirurgie française vient de faire une perte considérable dans la personne du docteur Auguste Broca, fils du grand Paul Broca et professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie à la Faculté de Médecine, chef du service de Chirurgie infantile à l'hôpital des Enfants-Malades.

C'est un grand chirurgien qui vient de disparaître, un brillant opérateur, un professeur éminent, un savant très complet. Je ne crois pas qu'il existe beaucoup de cerveaux aussi bien organisés que le sien et doués d'une aussi vaste culture générale, d'une aussi grande puissance d'assimilation : mémoire prodigieuse, jugement sûr, compréhension vive et, brochant sur le tout, une verve endiablée qui n'était qu'à lui.

■
* *

Né à Paris en 1859, Auguste Broca a gravi rapidement tous les échelons qui conduisent au sommet de la carrière médicale : externe des hôpitaux en 1881, interne des hôpitaux en 1882, aide d'anatomie la même année, prosecteur à la Faculté en 1885, il passe cette année-là sa Thèse de doctorat sur l'« Etude clinique de quelques lésions cutanées des membres variqueux ». Il est nommé chirurgien des hôpitaux en 1890, professeur agrégé à la Faculté de Médecine en 1895.

Comme chirurgien des hôpitaux, il fut d'abord assistant de Terrier à l'hôpital Bichat, de 1890 à 1895, puis assistant et

suppléant de Lannelongue à l'hôpital Trousseau, de 1892 à 1898 : c'est là qu'il prit goût à la chirurgie infantile qu'il ne devait plus abandonner.

En 1898 il devint, chef d'un service de chirurgie infantile à l'hôpital Trousseau d'abord, puis à l'hôpital Tenon et enfin, en 1903, à l'hôpital des Enfants-Malades où il devait rester jusqu'à sa mort.

En 1912, Auguste Broca fut nommé professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine ; pendant la guerre, il eut la chaire d'Anatomie topographique, et, après la guerre, en 1919, au moment de la retraite du professeur Kirmisson, il devint titulaire de la chaire de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie.

Il était membre de nombreuses sociétés savantes : Société anatomique, Société de la Pédiatrie, Société nationale de Chirurgie, Société de Médecine légale, Société internationale de Chirurgie, Société française d'Orthopédie, etc..., il ne l'était pas encore — ce qui peut paraître étonnant — de l'Académie de Médecine. Il avait été vice-président de la Société anatomique en 1891, président de la Société de Chirurgie en 1917, président de la Société française d'Orthopédie en 1924.

Mentionnée au prix Montyon à l'Académie des Sciences, il fut lauréat du prix Laborie à l'Académie de Médecine, du prix Laborie à la Société de Chirurgie, du prix Godard à la Société anatomique.

Broca ne recherchait pas les honneurs ; il était officier de la Légion d'honneur, mais il n'avait été fait chevalier qu'après l'âge de cinquante ans.

Sa puissance de travail était extraordinaire ; il est peu de domaines de la chirurgie que Broca n'ait explorés à la lueur de l'anatomie, de la clinique et — dès qu'elle a existé — de la radiologie.

L'étude anatomique de la région inguinale, de la région temporale et du rocher l'a amené à régler la technique de la cure opératoire de la hernie inguinale et de l'évidement pétromastoïdien ; l'exploration radiologique, dont il fut un des premiers partisans, lui permit de préciser sur de nombreux points les caractères des lésions traumatiques et des lésions pathologiques du squelette chez les enfants.

Auguste Broca fut en outre un professeur d'énergie ; il eut le grand mérite de donner à ses élèves le goût du travail et de susciter leurs recherches ; ses publications personnelles se sont ainsi enrichies de nombreux travaux éclos sous son inspiration.

*
* *

L'œuvre chirurgicale d'Auguste Broca est considérable et je ne puis signaler que les plus importants de ses travaux.

Je rappellerai d'abord de nombreux articles de vulgarisation qui ont paru dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* de 1886 à 1894, la rédaction, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, des articles sur la pathologie de la thyroïde (1887), la thyroïdectomie (1887) et surtout l'article fameux sur la hernie inguinale (1889), si clair, si précis, qui est resté un modèle d'anatomie descriptive appliquée à la chirurgie.

La *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance* renferme de nombreux mémoires de Broca sur le traitement de l'hydrocéphalie (1891), sur l'encéphalocèle (1891), sur les déviations rachitiques des membres inférieurs (1893), etc.

Broca a rédigé dans les deux éditions du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus (Masson et Cie, éditeurs) les maladies chirurgicales de la peau, les maladies de la face, de la langue, du pharynx, du corps thyroïde ; il a rédigé dans la *Pratique infantile médico-chirurgicale* (J.-B. Baillière, éditeur) l'Introduction à la chirurgie infantile et, avec Mouchet, la chirurgie de la vessie, de l'uretère et des organes génitaux.

Il a publié avec Legendre un *Traité de Thérapeutique infantile médico-chirurgicale* (Steinheil éditeur), résumé pratique, en forme de dictionnaire de 660 pages, qui a eu 2 éditions, en 1894 et en 1908.

Je ne ferai que rappeler les nombreux rapports présentés pendant une trentaine d'années par Broca à la *Société de Chirurgie de Paris*, rapports toujours clairs, précis, frappés au coin du sens clinique le plus averti, émaillés souvent de l'esprit le plus fin. La part prise par Broca aux discussions de cette Société a été considérable, et c'était un plaisir de constater la verve railleuse et le bel entrain qu'il mettait à défendre ce qu'il croyait être la vérité.

Avant d'insister sur les travaux personnels les plus marquants de Broca, je voudrais signaler en passant que son esprit encyclopédique, qui s'intéressait à tout, l'a amené à se préoccuper des questions d'organisation matérielle des hôpitaux et d'intérêts professionnels des médecins ; de nombreux articles de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, de la *Presse médicale*, de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, de la *Presse médicale*, de la *Revue française de Médecine et de Chirurgie*, de la *Revue philanthropique*, etc..., peuvent en témoigner. Je cite au hasard : la réorganisation des hôpitaux, la garde chirurgicale des hôpitaux, le budget de l'Assistance publique, quelques gaspillages hospitaliers, la nourriture dans les hôpitaux d'enfants, la réforme de l'internat, les concours des hôpitaux, la misère et l'allaitement maternel, l'hôpital aux indigents, etc.

TRAVAUX PERSONNELS

1° CRANE ET CERVEAU. — *Les suppurations de l'apophyse mastoïde* (en collaboration avec LUBET-BARBON). 1 vol. in-8° de 260 p. Paris, 1895. — *Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne*, Paris, Masson, édit., 1899. 1 vol. de 120 p. avec 98 fig.

Les recherches anatomiques poursuivies pendant plusieurs années par Auguste Broca l'ont amené à préciser une technique opératoire qui n'a guère varié depuis ce moment.

Traité de Chirurgie cérébrale (en collaboration avec MAUBRAC). 1 vol. in-8, 586 p., 72 fig., Masson, éditeur.

Ce traité, qui a obtenu le prix Laborie à la Société de Chirurgie en 1893, à l'Académie de Médecine en 1894, est documenté par 39 observations de la pratique personnelle de Broca.

2° DIVISIONS CONGÉNITALES DE LA FACE. — Nombreuses publications à la Société anatomique en 1886 et 1887 qui ont été résumées dans l'article du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus (t. VI) et qui avaient amené Broca à adopter la théorie embryologique d'Albrecht.

La technique et les résultats de la palatoplastie par le procédé de Baizeau-Langenbeck ont été parfaitement exposés

par Broca dans la *Revue d'Orthopédie* du 1^{er} janvier 1905 (p. 1). Les détails de la technique étaient réglés d'une façon simple et commode et c'était merveille de voir avec quelle rapidité et quelle précision Broca pratiquait les palatoplasties les plus difficiles sans le secours d'une instrumentation spéciale, avec les seules rugines de Trélat et une aiguille fine de Reverdin courbe. On comprend qu'arrivé à un tel degré de virtuosité, il se soit opposé jusqu'à la fin, avec un entêtement un peu excessif sans doute, aux perfectionnements opératoires que constituaient l'emploi du miroir frontal et l'aspiration du sang (voir les discussions de ces trois dernières années à la Société de Chirurgie).

3° HERNIES. — Nous avons dit que, dans l'article « Inguinal » du *Dict. Encyclopédique des sciences médicales*, article paru en 1889, Broca avait donné une description claire, précise, de l'anatomie du trajet inguinal ; les données pratiques qu'il en a déduites sur la fixité de la constitution des enveloppes herniaires ont fait leur chemin.

Broca a été le premier à démontrer que les hernies acquises sont toujours extra-funiculaires avec sac du fascia transversalis refoulé ; que les hernies congénitales sont toujours intra-funiculaires sans sac du fascia transversalis ; que toutes les hernies intra-funiculaires ont cette structure des hernies congénitales.

Il a réglé la technique opératoire de la hernie inguinale, et l'a exposée avec de bonnes figures dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (avril 1898, p. 287).

Les articles publiés par Broca sur les hernies chez les enfants, sur leur traitement, sont extrêmement nombreux, de même les *Thèses* inspirées par lui sur ce sujet, entre autres la thèse de TALANDRIER (1898) montrant la fréquence, contestée à tort, des hernies épiloïques chez l'enfant (10 p. 100).

Broca ne se laissait pas d'opérer lui-même les hernies des malades de son service ; il fallait le voir isoler un sac et réparer une paroi en quelques minutes et comme en se jouant ! Il semblait aussi heureux de trousser une cure radicale que ses assistants de la voir faire, et je me suis souvent demandé si aux « 10.000 observations de hernies » de notre maître Paul Berger, il n'aspirait pas à riposter par « 10.000 opérations

de hernies ». Je crois qu'il serait arrivé avant peu à ce chiffre imposant !

Broca a montré que les *kystes du cordon* n'étaient pas développés aux dépens de l'organe de Girdaldès ou de débris du corps de Wolff, mais qu'ils étaient tout simplement des kystes du canal vagino-péritonéal, le plus souvent surmontés d'un sac herniaire (*Bull. Soc. anat.*, 1892, 1894 ; travail de MENCIÈRE paru chez Steniheil, 1898).

4° KYSTES CONGÉNITAUX et TÉRATOMES. — Broca a étudié dans diverses publications les kystes congénitaux et les fistules congénitales du cou. Il a montré le rôle des vestiges de l'intestin post-anal dans la production de certaines tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne (*Soc. de Chirurgie*, 1895 ; *Revue d'Orthopédie*, 1896).

5° APPENDICITE. — Aug. Broca a pris une part active à toutes les discussions qui se sont élevées à la *Société de Chirurgie* depuis plus de 30 ans sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de cette maladie.

Il a résumé ses idées sur les *Formes et le Traitement de l'appendicite* dans une monographie des *Actualités médicales* parue chez J.-B. Baillière en 1900.

Il a apporté aussi une importante contribution à l'étude de ces *occlusions intestinales consécutives à l'appendicite*, dont il a eu l'occasion d'observer et d'opérer avec succès un cas particulièrement tardif « chez un de ses élèves les plus chers » qui lui en a toujours gardé une grande reconnaissance (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 12 mai 1901, p. 145).

6° OS et ARTICULATIONS. — Les lésions des os et des articulations ont été les sujets de prédilection des études d'Aug. Broca. Le jour même de sa mort, paraissait à la librairie J.-B. Baillière un livre tout rempli de faits, fruit d'une expérience consommée, sur la *Tuberculose chirurgicale*. Une prochaine édition du *Nouveau Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de la même librairie renfermera les « maladies des os et des articulations » signées par Aug. Broca.

Dès 1890, à la *Société anatomique*, Broca décrivait les *luxations dites incomplètes de l'épaule par décollement*

périostique de la face antérieure du col de l'omoplate ; la même année et dans la même Société, il décrivait avec Hartmann une encoche de la tête humérale dans les *luxations anciennes* et il montrait que les *luxations récidivantes* se produisent à la faveur d'une cavité diverticulaire constituée entre le col de l'omoplate et le périoste décollé.

Soit au *Congrès français de Chirurgie* (1904, p. 626), soit dans la *Presse médicale* (1905, p. 140), il donnait des *décollements épiphysaires* une interprétation nette et une description précise basées sur un nombre considérable d'observations personnelles.

Les *fractures du coude* chez l'enfant, qui forment presque uniquement la matière de son premier volume de *Leçons cliniques de Chirurgie infantile* (Masson, édit., 1902) ont été étudiées à plusieurs reprises par Broca dans leur mécanisme, leur évolution, leur thérapeutique. La *Thèse de doctorat* de MOUCHET, parue en 1898-1899 et basée sur 100 observations dont la plupart du service de Broca, était le premier travail d'ensemble publié à l'aide de la radiographie ; Aug. Broca l'a fait compléter par l'étude des résultats éloignés (*Thèse de TRÈVES*, Paris, 1910-1911). Il a publié avec MOUCHET un mémoire sur les complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus (*Rev. de chir.*, 10 Juin 1899).

Broca a repris en maintes occasions l'étude des *difformités rachitiques des membres* bien décrites par GRISEL dans sa thèse de 1899-1900 ; il a publié avec HERBINET un mémoire sur l'*Ostéopsathyrosis* (*Rev. de Chir.*, 1905). Il a bien précisé les caractères de la *Maladie de Barlow* (*Soc. de Pédiatrie*, 1902) dont il a décrit, avec GENÉVRIER, les formes frustes (*Bull. méd.*, Sept. 1909 ; *Paris médical*, Déc. 1911).

Il a observé avec MOUCHET le premier cas (au moins en France) de *scoliose congénitale* expliqué par la radiographie (hémivertèbre surnuméraire) (*Gazette hebd. de Méd. et de Chir.*, 1898 et 8 juin 1902).

Signalons encore le rapport à l'*Association française de Pédiatrie* (1911) sur le traitement orthopédique et chirurgical de la *maladie de Little*, les nombreux travaux sur l'*ostéomyélite* (bactériologie avec ACHARD, clinique avec MOUCHET, BARBARIN, etc...) parus à la *Société anatomique* (1885, 1887), dans

la *Gazette des Hôpitaux* (1901), dans la *Revue d'Orthopédie* (1902), dans le *Journal des Praticiens* (1904).

Aug. Broca a décrit, avec TRIDON, l'*ostéomyélite des nacrifères*, survenant chez les individus tourneurs de nacre (*Rev. de Chic.*, oct., 1903, p. 421).

On doit accorder une mention spéciale à deux volumes parus en 1917 et 1918 dans la collection « Horizon » (Masson et Cie, éditeurs) et intitulés l'un : *Séquelles ostéo-articulaires*, et l'autre : *Troubles locomoteurs consécutifs aux plaies de guerre*. La lecture de ces deux livres est un régal pour l'étudiant et pour le praticien.

On ne s'étonnera point qu'une part importante revienne à la tuberculose ostéo-articulaire dans l'œuvre d'Aug. Broca ; c'est un sujet sur lequel les chirurgiens d'enfants peuvent prétendre à quelque expérience et la documentation de Broca est abondante ; on en jugera à parcourir ce gros livre sur *Tuberculose chirurgicale* si copieusement illustré, que j'ai déjà signalé plus haut, Broca a bien fait de réimprimer en introduction ses critiques adressées sous forme de lettres à son vieil ami Poncet (de Lyon) sur sa doctrine du rhumatisme tuberculeux ; il y voyait « un tout artificiel, formé de pièces disparates, où sont faciles à relever des erreurs de classification », et il avait pris pour épigraphe de sa première lettre cette phrase de Montaigne : « Quelque diversité d'herbes qu'il y ait, tout s'enveloppe sous le nom de salade. » C'est vraiment de Montaigne ou de Voltaire que sont dignes ces lettres à Poncet, merveilleuses de lucidité, d'ironie fine et spirituelle. C'est du Broca et du meilleur.

Il me faut encore mentionner un *Précis de Médecine opératoire* paru à la librairie Masson en 1916, dont la clarté et la précision ne laissent rien à désirer et un livre sur la *Chirurgie de guerre et d'après-guerre* (Lib. Masson, 1921) où Broca a pu donner libre cours à son expérience de la chirurgie orthopédique poursuivie inlassablement dans les hôpitaux de Paris où il soignait tant de blessés !

Mais l'œuvre maîtresse d'Aug. Broca, celle qui résume vraiment ses trente années de pratique hospitalière, celle qui constitue en quelque sorte son testament chirurgical, c'est

son livre de *Chirurgie infantile*, 1136 pages avec 1259 figures, paru en 1914 à la librairie Steinheil.

Ce traité, bourré de documents, de figures est plein de substance et constitue, bien que certains chapitres aient vieilli ou soient incomplets, une précieuse encyclopédie que doivent consulter tous ceux, jeunes ou vieux qui s'intéressent à la chirurgie infantile. Seule une aussi vaste intelligence que celle de Broca pouvait mener à bien une pareille entreprise.

*
**

Nous n'avons pu donner dans ces quelques pages qu'une faible idée de l'œuvre scientifique si considérable du professeur Aug. Broca ; nous espérons avoir montré combien cette œuvre fut féconde et quelle perte irréparable vient de subir la chirurgie française.

ALBERT MOUCHET.
(*Presse Médicale.*)

■
**

ADOLPHE JALAGUIER

(1853-1924)

Peu d'hommes ont été aussi unanimement estimés que M. Jalaguier. Mais il ne faut pas que le rayonnement éphémère de ses qualités personnelles voile et estompe l'influence fructueuse et durable qu'il eut dans l'évolution chirurgicale de son époque. A la demande des directeurs de cette revue, je montrerai ici la place prépondérante qu'il a tenue dans le temps où la chirurgie se transformait de fond en comble. Il est bon que les générations qui montent se rendent compte de ce que nous devons tous à ceux qui nous ont faits ce que nous sommes.

Je ne dirai rien de ses qualités personnelles, parce que dix-huit ans d'intimité chirurgicale ont développé chez moi une affection qui ne le cède même pas à l'admiration.

*
**

M. Jalaguier a commencé la médecine au lendemain de l'avant-dernière guerre : sa première inscription fut prise

en novembre 1871. La chirurgie était alors, au comble de l'horreur. Quand il meurt (6 juillet 1924), notre art est arrivé, depuis quelque temps déjà, à un tel degré de perfection qu'on se demande s'il n'est pas appelé à rester stationnaire ou à être supplanté. Cette ascension vertigineuse est l'œuvre de la génération qui nous a précédés. M. Jalaguier en fut un des meilleurs artisans parce que ses qualités de bon sens et de pondération étaient au service d'une intelligence de premier ordre.

L'antisepsie commençait à peine quand il était interne. Mais ce n'était pas chez Broca (1876) ni chez Verneuil (1877) qu'il pouvait se familiariser avec la méthode nouvelle. Du moins voyait-il chez eux ce qu'il fallait éviter : il est de ceux qui ont su comprendre le progrès malgré de vieux maîtres enlisés dans la routine.

Il était en 4^e année (1878) à l'Hôtel-Dieu, chez Richet, avec Quénu et Nélaton. Ils constataient, à côté, les bienfaits du pansement ouaté d'Alphonse Guérin et ils pouvaient comparer. En cachette, ils appliquaient aux très rares opérés de Richet la méthode qui faisait des merveilles relatives dans le service voisin. Mais il fallait user de ruse : le pansement propre était camouflé sous un pansement sale. A cette époque, pour réaliser un progrès, les internes devaient lutter contre leurs chefs. S'il nous arrive aujourd'hui encore d'être atteints par cet esprit critique que nous traitons d'irrespectueux, rappelons-nous que de plus grands en ont souffert probablement davantage.

Au sortir de l'internat, M. Jalaguier allait voir Champagnière, retour d'Angleterre, qui opérait les hernies suivant les principes de Lister. Il aidait Terillon dans ses ovariectomies retentissantes. Il comprenait qu'une aurore nouvelle se levait.

Aujourd'hui il nous faut un très grand effort d'imagination pour nous représenter l'état d'esprit des chirurgiens de ces temps si reculés où l'on mourait en chirurgie plus encore qu'en médecine. Les matinées se passaient en discours, l'opération était un événement rare ; tout le monde s'y rendait comme au spectacle. Quand M. Jalaguier fut nommé

chirurgien des hôpitaux, il n'avait pas même opéré une hernie.

Plus tard il sera l'un des premiers adeptes de l'asepsie. Il eut certainement la première salle d'opération d'où furent bannis l'iodoforme, l'acide phénique, le sublimé, le permanganate. La constance de ses succès opératoires a plus fait pour vulgariser la méthode que les recherches de laboratoire ou les discussions des sociétés savantes.

Il avait compris la propreté. Son jugement lui avait montré que la meilleure manière d'être propre est de ne pas se salir. Il avait pour le pus une horreur instinctive. C'est lui qui fit fabriquer par Gentil, en 1886, les premiers gants de caoutchouc ; il s'en servait pour les pansements septiques quand il devait employer l'iodoforme. Il était propre avec méthode. Pendant toute sa vie, le lavage des mains restera une cérémonie avec ses rites uniformes et constants dont il surveillait le développement chez les internes qui devaient l'aider.

Tous ces détails paraîtraient puérils à des profanes, mais j'écris pour des chirurgiens, ils en comprennent la portée, car ils savent que la plus belle intervention est vouée à un échec si l'opérateur contamine son opéré. Les jeunes chirurgiens d'aujourd'hui ne saisissent peut-être pas toute l'importance du lavage des mains, car ils peuvent se permettre des négligences : ils ont des gants stérilisés. Mais à l'époque où la chirurgie commençait, on ne pouvait compter que sur un brossage méthodique ; la moindre erreur coûtait la vie des opérés. Si M. Jalaguiet n'avait pas su si bien se laver les mains, l'opération de l'appendicite à froid eût certainement été retardée de plusieurs années.

Tout le monde savait qu'il était de ceux qui opéraient avec le plus de sécurité. Le pharmacien Leclerc n'hésitait pas à sacrifier tout un stock de catgut quand M. Jalaguiet avait eu une appendicite qui suppurait.

Sa haute intelligence lui avait fait comprendre d'instinct que, pour bien opérer, il fallait une méthode impeccable. C'était un régal de le voir. Même dans les cas difficiles, le spectateur éprouvait une impression de sécurité réconfortante, tout semblait simple, car l'opération se déroulait suivant un rite immuable : la même pince repérait le même plan avec

la même compresse ; l'aiguille était toujours passé au même endroit ; l'intestin était protégé de la même manière quand l'aide soulevait la paroi avec le même écarteur.

Cette méthode impeccable, où rien n'était abandonné au hasard, où chaque détail était étudié, faite d'observation, de bon sens, d'intelligence, de volonté, fut certainement un des facteurs importants du succès de M. Jalaguier.

C'était l'époque où d'autres créaient la grande chirurgie utérine avec les grandes incisions, les grands délabrements. Lui, il travaillait dans le fin, il était le bijoutier de la chirurgie, Collin lui construisait les plus fines aiguilles de Reverdin, il était chirurgien d'enfants.

* *

C'est un hasard qui fit entrer M. Jalaguier dans une spécialité où il devait acquérir une si grande notoriété.

Quand il fut nommé aux hôpitaux (1884), Lannelongue lui demanda d'être son assistant : d'autres soins plus généraux absorbaient le titulaire. M. Jalaguier fut le maître du grand service de Trousseau. C'est là qu'il commença l'appendicite.

Il passa une année à Ivry (1893) et fut titulaire du service des chroniques qu'on venait de créer au vieux Trousseau. A la démolition de l'hôpital (1898), il passa aux Enfants-Assistés où la retraite l'a atteint en 1919.

Pendant plus de 30 ans, M. Jalaguier eut un service d'enfants. Son empreinte fut profonde dans cette spécialité.

Il a fixé définitivement l'anatomie pathologique du pied bot congénital et nous a montré tout ce que nous pouvions attendre d'une tarsectomie faite avec méthode.

La transplantation musculaire dans la paralysie infantile l'a longuement occupé, il a prouvé que l'enthousiasme des Allemands est très exagéré.

Il a défendu la ténotomie sous-cutanée dans le torticolis à une époque où la chirurgie naissante croyait pouvoir se permettre les grandes incisions.

Il nous a appris à opérer le coloboma, les kystes du cou, les fistules branchiales.

Mais c'est dans le bec-de-lièvre qu'il était passé maître. Ses qualités de précision lui permettaient d'opérer mieux que

personne ces malformations graves dont le traitement ne tolère pas la médiocrité. Son procédé restera classique ; quand on s'en écarte, on le paie par un échec.

L'orchidopexie, l'invagination intestinale, les tumeurs du rein, le genu valgum l'occupent tour à tour. Et je ne parle que des affections sur lesquelles il a écrit. Mais il était également habile dans toutes les opérations de chirurgie infantile.

Il n'était pas hypnotisé par l'acte opératoire. Aussi l'orthopédie a-t-elle longuement retenu son attention. Il était d'une époque où le chef de service ne dédaignait pas de faire des plâtres et n'avait pas besoin d'un assistant spécial.

En 1897, il fit une importante communication sur le traitement de la coxalgie. On avait cru qu'on pouvait guérir cette grave affection par la résection : il a montré qu'il fallait rester fidèle à l'immobilisation longtemps prolongée.

Il a aidé Ducroquet dans ses belles recherches sur la luxation congénitale de la hanche. Il a encouragé et dirigé Calvé dans ses travaux sur les fausses coxalgies.

C'est que M. Jalaguier était un clinicien de premier ordre. Il savait — ce que nous ne savons plus — faire un diagnostic précis sans le secours de la radiographie. Il passait de longs moments à sa consultation hospitalière.

Il n'était pas un enseigneur, en ce sens qu'il n'aimait pas faire une clinique élémentaire pour de jeunes étudiants qui ne savent pas voir (c'est pour cela qu'il a refusé d'être candidat à une chaire magistrale) ; mais il était de première force pour faire comprendre à un médecin, à ses internes, quel était le symptôme précis qui fixe le diagnostic et commande la décision opératoire.

Il était de ceux à qui l'on demandait le plus volontiers un avis dans un cas difficile ; on s'en allait toujours avec une idée nette et précise sur le malade et on avait appris quelque chose. C'est par là que son influence a été grande sur toute une génération.

Son œuvre écrite est peu considérable, comparée à sa valeur personnelle. Cela vient de ce qu'il ne prenait la plume que pour dire des choses nouvelles dans un style très châtié. Aussi, tout ce qu'il a signé est impeccable quand au fond et quant à la forme. Il y a encore une autre raison à cette

relative infécondité : c'est que tout ce qui porte son nom a été écrit par lui de la première phrase à la dernière — avec les virgules et les accents ! Il a même écrit des lignes qu'il n'a pas voulu signer : je le sais par expérience.

Son bon sens lui faisait prévoir les voies périlleuses où il faut avoir le courage de ne pas s'engager. Son influence bien-faisante s'exerça sur ses élèves en leur montrant les dangers d'opérations nouvelles qui n'ont souvent de valeur que par leur originalité, ou qu'il savait inutiles et dangereuses pour des organismes d'enfants. C'est ainsi qu'il m'a empêché de faire des Foerster, des Albee, des sutures de fractures. Mais il était aussi passionné que moi pour l'hypertrophie du thymus, la sténose du pylore, la division palatine. C'est sur cette dernière question qu'il prit la parole pour la dernière fois à la Société de Chirurgie : il le fit en des termes qui soulevèrent les applaudissements.

*
* *

C'est dans l'appendicite que M. Jalaguier a donné sa mesure, et là son œuvre fut considérable, car il a le plus contribué à nous faire connaître cette maladie dont le traitement est le pain quotidien de tous les chirurgiens d'aujourd'hui.

Il aimait à raconter comment il avait été aiguillé dans cette voie. En 1891, son ami Reclus (qu'il devait opérer 7 ans plus tard dans de graves conditions) cherchait les collaborateurs pour le premier *Traité de Chirurgie*. Il demanda à M. Jalaguier de rédiger les maladies de l'intestin et du péritoine. Celui-ci refusa, arguant son incompétence, et proposa son ami Brun. Reclus dut insister longuement, lui représentant que la pérityphlite était probablement appelée à un grand avenir ; M. Jalaguier ne put se dérober et il écrivit un article qui fut le point de départ de sa fortune chirurgicale.

Aujourd'hui ce travail nous semble préhistorique. Il faut le lire pour se faire une idée de la pathologie abdominale de cette époque. M. Jalaguier a écrit un chapitre intitulé : PÉRITONITE, TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE. On y trouve des phrases comme celle-ci : « Les pérityphlites sont en effet, au moins primitivement, des phlegmasies du péritoine. C'est un fait qui n'est plus discutable. Ce qui est moins bien établi,

par exemple, c'est le rôle qu'il convient d'attribuer au cæcum d'une part, à l'appendice d'autre part, dans la pathogénie de ces inflammations. »

L'appendicite n'existait pas, M. Jalaguier n'avait pas opéré une seule péritonite reconnue d'origine appendiculaire. Et il avait un service d'enfants ! Tant il est vrai qu'on ne voit que ce que l'on connaît.

Mais à partir de cette époque l'attention de tous fut attirée de ce côté.

L'année suivante (1892), il avait observé 21 cas de pérityphlite, il n'en avait opéré que 3 (*Soc. de Chir.*, 9 mars 1892). Quelques mois après (1^{er} juin 1892), il avait opéré 14 péritonites appendiculaires. Entre temps il avait fait (28 avril 1892) sa première appendicectomie à froid.

C'est lui qui souleva le débat de 1895 à la Société de Chirurgie. Cette discussion eut un grand retentissement : elle donna droit de cité à l'appendicite, les médecins commencèrent à accepter l'intervention.

En 1898, paraît la seconde édition du *Traité de Chirurgie*, M. Jalaguier y a écrit le chapitre APPENDICITE. C'est un pur chef-d'œuvre. Encore aujourd'hui, absolument rien n'est à modifier, presque rien ne serait à ajouter. Tout y est : l'appendicite est décrite sous toutes ses formes ; l'anatomie pathologique est définitivement fixée ; le traitement est si bien établi que les idées de M. Jalaguier deviendront les idées classiques.

Faut-il souligner le contraste entre les deux articles écrits à 7 ans de distance ? Le premier aurait pu être daté de 1830 : il n'a pas d'appendicite. Le second fixe la maladie d'une manière si définitive que, 25 ans après, on ne conçoit pas qu'on puisse faire mieux. En 7 ans, cette affection, capitale pour le chirurgien, est née de rien et, d'emblée, elle est définitivement classée. Sans doute ce n'est pas le fait d'un seul homme ; mais tous ceux qui ont travaillé à ce grand œuvre ont droit à notre admiration et à notre reconnaissance. Personne ne conteste que M. Jalaguier mérite la plus belle part.

En 1898, le code était écrit, il fallait lutter pour l'imposer. C'est en 1899 et 1900 une longue discussion dont les débats passionnaient même les jeunes auditeurs de l'autre côté de la barrière. M. Jalaguier n'était pas de ceux qui parlaient le

plus longuement, mais il était le mieux écouté et son opinion était prépondérante. Le calme revint jusqu'au jour où il fallut protester contre l'affirmation de Dieulafoy : « On ne doit pas mourir d'appendicite. »

Par toutes ces discussions l'appendicite était si définitivement étudiée, classée et acceptée, qu'elle a perdu tout intérêt d'actualité. Et, quand on veut de nouveau attirer l'attention sur la plus importante des maladies chirurgicales, on ne trouve à discuter que... l'enfouissement du moignon.

Il est trois points sur lesquels l'influence de M. Jalaguier fut particulièrement féconde :

Il nous a appris à refroidir les crises aiguës d'appendicite ;

Il a créé la première bonne incision pour opérer ;

Il fut le père principal de l'appendicite chronique.

I. — Vers 1890, quand une crise de pérityphlite se déclarait, on croyait à un encombrement stercoral, on purgeait, on lavementait, on nourrissait les malades. Quelques-uns guérissaient, mais le plus souvent l'état s'aggravait, les cas favorables se terminaient par un abcès péri-cæcal, les cas graves par une péritonite généralisée. C'est M. Jalaguier qui nous a montré (*Soc. de Chir.*, mars 1892) comment il fallait traiter la crise commençante par le repos absolu, la diète et surtout l'absence de purgatif. Il n'est pas exagéré de dire que des milliers de vies ont été sauvées par cette thérapeutique.

M. Jalaguier savait faire refroidir les appendicites ; aussi était-il hostile à l'intervention systématique au début de toute crise. Ce fut une longue discussion plusieurs fois renouvelée que celle qui mit en opposition les interventionnistes systématiques et les abstentionnistes électiques dont M. Jalaguier est resté le chef. Il refusait l'intervention systématique parce que la crise refroidit presque toujours, l'opération se fait à froid dans de meilleures conditions, et aussi parce que, en opérant d'urgence, on risque de ne pas éviter l'erreur de diagnostic et d'intervenir pour une fièvre typhoïde, une cholécystite, une salpingite, une colique néphrétique et même une pneumonie.

Mais il n'était pas abstentionniste systématique. Avec le bon sens clinique qui caractérisait son intelligence, toute de

pondération, il a toujours montré par quels symptômes (facies, agitation, pouls, température) on peut prévoir la péritonite ; alors il intervenait avec une autorité que personne ne discutait. Il reconnaissait qu'en vieillissant il inclinait plus volontiers vers l'intervention immédiate, parce que l'anesthésie à l'éther, beaucoup moins toxique pour le foie que l'anesthésie au chloroforme, avait beaucoup modifié le pronostic immédiat de l'intervention à chaud.

II. — M. Jalaguier nous a enseigné la première bonne incision de la paroi pour opérer les appendicites. Son nom restera toujours attaché à l'incision de la gaine des droits (*Presse médicale*, 3 février 1897 et *Thèse de Ferron*, 1901).

Dans ces temps reculés où l'on n'opérait que des appendicites difficiles, il fallait se donner du jour et on ne savait pas se servir des écarteurs automatiques. On incisait largement la paroi abdominale ; les éventrations étaient fréquentes et c'était un puissant argument des médecins hostiles à l'intervention. M. Jalaguier a montré qu'on peut aborder le péritoine derrière la gaine des droits sans inciser les muscles larges ; le grand droit, ramené sous la plaie, met à l'abri de l'éventration.

L'incision de Jalaguier a rendu de très grands services.

III. — M. Jalaguier est celui qui a le plus contribué à faire connaître à tous, malades et médecins, l'appendicite chronique dont le diagnostic commande l'appendicectomie à froid.

C'est en 1900, dans son rapport au Congrès international de Médecine sur le traitement de l'appendicite, qu'il a traité magistralement cette question. Avant cette époque, on n'opérait à froid une appendicite que lorsqu'il y avait eu des crises graves refroidies par le traitement médical. Mais ces crises graves, quelquefois mortelles, sont presque toujours précédées d'un état pathologique avec les symptômes de l'appendicite chronique. Ce sont les travaux de M. Jalaguier qui ont le plus contribué à nous les faire connaître. Il nous a montré l'importance de la défense musculaire en nous enseignant la manière de la recherche. La croisade qu'il a menée a convaincu tout le monde de la nécessité d'enlever

l'appendice avant qu'une crise grave ne force la main au chirurgien.

Quand on pense à la quantité d'appendices qui s'enlèvent chaque jour, ne peut-on pas dire que son œuvre fut féconde et bienfaisante ?

*
**

D'autres feront son éloge, ils diront sa droiture, sa probité, sa conscience, son dévouement, son désintéressement, et ils montreront que M. Jalaguier, comme homme, était encore supérieur à la place éminente qu'il a occupée comme chirurgien.

VICTOR VEAU.

(*Journal de Chirurgie*, XXIV, 6 décembre 1924.)

*
**

PAUL HALOPEAU

(1876-1924)

La mort a pris trop tôt ce jeune chirurgien pensif et réfléchi, aux yeux noirs et profonds, au visage ascétique, qui semblait descendre d'un cadre du Gréco, et qui restait silencieux comme s'il avait le pressentiment qu'il partirait un jour sans avoir donné sa mesure !

Et cependant ceux d'entre nous qui le connaissaient bien savaient qu'il était de ceux qui sont dignes de remplacer les aînés qui s'en vont.

Il ne parlait pas souvent à la Société de Chirurgie. Mais quand il y parlait, ses paroles étaient écoutées, parce qu'il nous donnait des preuves de maturité, de jugement droit, de bon sens.

Il avait déjà donné plus que des espérances, et voilà maintenant brisée cette force qui n'a pas encore eu le temps de s'employer. Il nous est difficile, à nous qui précédons d'une génération ces jeunes chirurgiens qui sont entrés dans la carrière par la porte sanglante de la grande guerre, de savoir ce qu'ils furent et de prédire ce qu'ils auraient été. Mais

quand nous voyons se fermer prématurément une tombe sur l'un d'entre eux, portant avec lui l'espérance, nous avons le droit de penser que l'aveugle destin frappe bien mal ses coups.

J. L. FAURE.

*
* *

MALAPERT

Malapert était un bon chirurgien provincial, qui s'était acquis dans notre société de solides amitiés.

*
* *

M. E. POTHERAT

(1859-1925)

Depuis un certain temps Potherat ne paraissait plus à la Société de Chirurgie, et voilà qu'il vient de s'éteindre dans ce Morvan pour lequel il avait conservé la tendresse de ceux qui naquirent au pli de ses sombres collines, et qu'il n'avait jamais abandonné.

Par son travail, sa parole facile et sa bonhomie souriante, il avait brillamment franchi les étapes si souvent pénibles des durs concours de sa jeunesse, et je l'entends encore exposant avec une clarté et une simplicité merveilleuses l'histoire du malade auquel il a dû se forcer dès son second concours la barrière des hôpitaux.

La flamme qui semblait l'animer pâlit un peu, après ces brillantes promesses ; mais s'il manqua peut-être de cette profondeur d'esprit qui impose aux méditations de leurs pairs les travaux de ceux qu'elle inspire, ce n'en était pas moins un chirurgien solide, auquel ses fonctions à l'hôpital du Bon-Secours offrirent pendant bien longtemps, en même temps que son service régulier, la possibilité de mettre en œuvre sa grande activité.

Elève de Segond, à la mémoire duquel il avait voué un culte reconnaissant, il avait appris de lui les secrets de l'hystérectomie vaginale et il était de ceux qui s'efforcèrent de main-

tenir les traditions de cette opération magnifique, que les chirurgiens actuels sont en train d'oublier, et qui ne doit pas disparaître.

Ainsi s'écoula paisiblement sa vie chirurgicale. Les événements l'avaient, jeune encore, conduit à l'Hôtel-Dieu et ce n'étaient pas sans quelque fierté qu'il se voyait chef de service dans ce vieil hôpital, dont le nom symbolique demeure aurolé d'une sorte de respect mystique et où travaillèrent jadis tant d'hommes aux noms toujours vivants et qui restent encore l'honneur et la parure de la chirurgie française.

Aux grands jours de la guerre, malgré son âge qui le dispensait de toute obligation militaire, il avait gardé l'uniforme, et c'est dans les ambulances du front, parmi les émotions et parfois les dangers de la bataille, qu'il remplit son noble devoir.

Quelques temps après, il présida la Société de Chirurgie, couronnant ainsi sa carrière par ce haut témoignage de l'estime de tous ses collègues.

A l'issue de sa présidence, nous le vîmes de moins en moins ! Nous ne le verrons plus ! Mais ceux qui, comme moi, ont suivi de près sa carrière et l'ont eu comme camarade au cours des années disparues n'en perdront pas le souvenir.

Il y a quelque mélancolie, quand on arrive à l'âge où nous conduit la destinée, à voir à chaque instant disparaître à jamais un vieil ami des anciens jours. Mais il y a quelque douceur aussi, et même quelque joie secrète, à songer que l'heure du repos s'avance chaque jour pour ceux dont le travail approche de sa fin.



LOUIS GUSTAVE RICHELOT

(1844-1924)

Louis Gustave Richelot, est mort, au mois d'août 1924, après une très courte maladie ; il était âgé de 80 ans. Fils d'un praticien bien connu du siècle dernier, Richelot fut, en 1867, nommé le premier au concours de l'internat, en 1878 il était agrégé, en 1880 chirurgien des hôpitaux. Très rapi-

dement attiré par la gynécologie il fut de ceux qui contribuèrent en France au développement de la gynécologie opératoire. Il vulgarisa l'hystérectomie vaginale qu'il exécutait avec une dextérité remarquable ; en 1894, il publiait sur cette question un important ouvrage ne contenant pas moins de 274 observations personnelles. Malgré les beaux succès qu'il avait obtenus, Richelot, dont l'esprit toujours alerte savait évoluer, se lançait quelques années plus tard dans la pratique de l'hystérectomie abdominale dont il perfectionnait la technique. Frappé des dégénérescences cancéreuses secondaires du moignon du col après l'hystérectomie subtotale, il fut le champion de l'ablation totale de l'organe. Son habileté manuelle lui permit d'obtenir, comme dans l'hystérectomie vaginale, des succès qui contribuèrent à faire accepter cette opération par de nombreux chirurgiens. Parmi les travaux qu'il publia sur quantité de questions gynécologiques, nous mentionnerons ceux sur la sclérose utérine et sur le traitement des métrites du col par le néo-Filhos, dont il fut le propagateur. Richelot était un artiste, non seulement en chirurgie, mais dans toute l'acception du terme. Aussi, lorsque vint l'âge de la retraite, ne fut-il pas désemparé comme beaucoup le sont. Il continua à mener une vie active et resta jusqu'à son dernier jour l'orateur disert, l'amateur de tout ce qui est beau, l'homme aimable qu'ont aimé tous ceux qui l'ont approché.

H. X.

■
* *

CHARLES EDOUARD SCHWARTZ

Charles Edouard Schwartz, né en 1852, commença ses études à Strasbourg ; en 1871, après l'occupation allemande, comme beaucoup de ses compatriotes, il quitta le pays natal et vint à Paris. Externe des hôpitaux en 1873, interne en 1874, il devint chirurgien des hôpitaux en 1881, puis agrégé en 1886. Il fit la plus grande partie de sa carrière à l'hôpital Cochin. Bien qu'atteint par l'âge de la retraite en janvier 1915, il continua pendant toute la durée de la guerre à rester en fonctions, soucieux plus qu'aucun autre, vu son origine alsacienne, de prodiguer ses soins à nos blessés. Alsacien

il était en effet et de tout son être. La grande nature, ses yeux bleus, son robuste bon sens caractérisaient son origine. Bien que n'ayant fait que de rares publications, Schwartz a formé de nombreux élèves. Il eut, avant de mourir la joie de voir son pays natal faire retour à sa véritable patrie.

HARTMANN.

*
**

LOUIS SENCERT

Louis Sencert, né à Viterne (Meurthe-et-Moselle), le 25 mars 1878, fit ses études au Lycée, puis à la Faculté de Médecine de Nancy.

Reçu premier à l'externat, puis premier à l'internat des Hôpitaux de cette ville, chef de clinique en 1903, il fut nommé professeur agrégé à la Faculté de Nancy en 1907.

Plusieurs fois lauréat de la Faculté des Sciences et de la Faculté de Médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de Médecine (prix Amussat, prix Larrey), de l'Académie des Sciences (fondation Bouchard), il était, en 1919, nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Après avoir publié, avec le professeur Angel, des travaux d'anatomie devenus classiques sur les *Variations de la colonne vertébrale*, les *Ligaments hépatiques*, etc., il fit une thèse remarquable sur la *Chirurgie de l'Œsophage thoracique et abdominal*, en 1904.

Dès 1903, il introduisit en France, la pratique de l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie, modes d'exploration pour lesquels des centaines d'expériences l'avaient rendu maître. De nombreuses communications à la Société de Chirurgie, à la Société de Biologie, etc. ; témoignent de ses travaux incessants dans ce domaine.

Rapporteur, avec le docteur Auvray, au 22^e Congrès de Chirurgie, sur l'*Intervention chirurgicale dans les Traumatismes du rachis et de la moelle* (1909). Il publia jusqu'à la guerre de nombreux travaux sur le *Traitement des anévrysmes des membres*, l'*ulcère simple de l'œsophage*, les af-

fections des voies biliaires, etc. ; en 1913, il publia avec MATHIEU et TUFFIER un *Traité des Maladies de l'œsophage et de l'estomac* (Masson).

Pendant la guerre, le docteur Sencert, médecin de l'Ambulance 6, au 20^e Corps d'Armée, parcourut avec les troupes la Lorraine, l'Artois, la Belgique (citation à l'ordre de la 8^e Armée, Juin 1915). En juillet 1915, médecin-chef de l'autochir. 9, il va du Bois-le-Prêtre à Verdun (1915-1916). Il prend ensuite la Direction des 3^e et 2^r Divisions de blessés au Val-de-Grâce, ne cessant, jusqu'à l'armistice, d'associer la recherche scientifique à l'activité pratique.

Notons, dans cette période, ses communications sur le *Traitement des plaies du crâne, des plaies de guerre*, etc., son livre sur les *Plaies des vaisseaux à l'avant* (collection Horizon, Masson, 1917).

C'est en 1907 et en 1918 qu'il institua dans son service de Val-de-Grâce cette belle série d'expériences qui devait le conduire, en collaboration avec le professeur NAGEOTTE, du Collège de France, à la découverte de la possibilité de *greffer des tissus morts*.

On sait, depuis ces travaux, qu'il est possible de prélever, sur un animal, un fragment de tissu conjonctif, de tendon, par exemple, de le tuer en le plongeant dans l'alcool, et de le conserver indéfiniment, puis de le remettre en place sur le trajet d'un tendon de cet animal ou d'un autre, et de le voir se greffer, se réhabiter et redevenir en tout semblable aux segments tendineux voisins.

Dès 1919, le professeur Sencert dirigea la clinique chirurgicale A, de l'Université de Strasbourg, où il était entouré d'un grand nombre d'élèves français et étrangers.

Nommé en 1913 membre de la Société de Chirurgie, et en 1920 membre Correspondent de l'Académie de Médecine, il était Officier de la Légion d'Honneur.

Il succombait le 4 mars 1924, à l'âge de 46 ans, aux suites d'une douloureuse maladie.

LE PROFESSEUR F. VILLAR, DE BORDEAUX

Disciple de GOSSELIN, de RICHET, de LEFORT et de DUPLAY, F. VILLAR devait être à son tour chef d'école. Il avait acquis, à travers les concours, la discipline de l'esprit qui rend si particulier par sa tendance à la précision et à la clarté, l'enseignement français. Interne, puis aide-d'anatomie, il avait cette culture anatomique solide sans laquelle il n'est pas de technique. Agrégé de chirurgie à trente ans, il avait devant lui la plus brillante carrière qu'un homme d'action put souhaiter. Dans sa vie universitaire, dans son enseignement, dans ses interventions, et dans ses travaux scientifiques, VILLAR devait connaître les mêmes succès.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux lui confiait successivement les chaires de chef des travaux d'anatomie, de chef des travaux de médecine opératoire (1898), de professeur de médecine opératoire (1907), enfin en 1909, de professeur de clinique chirurgicale, où il occupait la chaire de LANNELONGUE. Il était chirurgien des hôpitaux depuis le concours de 1893.

Son enseignement attira autour de lui des générations d'étudiants et de chirurgiens français et étrangers : en tant que Professeur de Médecine opératoire, il avait organisé des travaux pratiques de chirurgie sur l'animal vivant (trachéotomie, chirurgie intestinale), en tant que professeur de clinique chirurgicale, passionné de son enseignement, quelques-unes de ses leçons cliniques sont restées classiques, et ses séances opératoires étaient une constante démonstration de l'habileté manuelle et de l'art chirurgical qui sait aborder les plus difficiles situations et en triompher.

En dehors de publications didactiques comme son *Précis de Médecine opératoire* et son *Traité des maladies du Pancréas*, dans le *Traité de chirurgie de Le Dentu*, VILLAR consacra son esprit lucide à quelques difficiles questions : il y apporta toujours de la clarté, souvent des solutions originales, quelquefois des procédés thérapeutiques nouveaux et qui lui survivront. Ainsi son nom restera attaché à la chirurgie du cœur, (voies d'accès et traitement des plaies), à la chirurgie du pancréas (anatomie chirurgicale, voies d'accès, décollement rétro-duodénal), au tétanos céphalique, au traitement chirur-

gical de la névralgie faciale, aux anastomoses nerveuses dans le traitement de la paralysie faciale. Il créa sur des bases anatomo-physiologiques, une méthode de castration élargie dans les tumeurs malignes du testicule, imagina des détails utiles dans la gastro-entérostomie, donna une technique nouvelle de gastrostomie. Il fut enfin, des tout premiers à utiliser la rachianesthésie, et contribua largement à faire connaître en France la technique de Bassini dans la cure de la hernie inguinale. VILLAR avait compris tout l'intérêt des échanges de vues des Congrès internationaux qu'il suivait avec assiduité.

Malgré cette vie scientifique et chirurgicale intense, malgré une très grosse clientèle, le Professeur VILLAR conservait sa culture générale et savait, s'échappant de la médecine, être une des personnalités bordelaises les plus recherchées. Il avait su encore garder intactes, malgré les succès de la fortune, qui le chérissait, les qualités de bonté et de simplicité qui sont la marque des grands esprits et des grands cœurs.

Une mort prématurée, précédée d'une longue et affreuse maladie où sombrèrent ses si brillantes qualités, vint arrêter en pleine splendeur cette belle carrière.

G. JEANNENEY (Bordeaux).

VII. — Pays-Bas.

C. W. WESTERMAN

Né à Haarlem, en 1867, Westerman a fait ses études médicales à l'Université d'Amsterdam, où il était assistant du prof. Kuhn (anatomie pathologique) et puis du prof. Korteweg.

En 1898, Westerman s'installa à Haarlem, où il était nommé chirurgien du « St-Elisabeths Gasthuis » et du « Diaconessenhuis ». Jusqu'à sa mort, le 2 avril 1925, il travailla presque sans repos et se créa la position d'un chirurgien le plus réputé par sa vive intelligence et son talent d'opérateur.

Westerman visita régulièrement les Congrès internationaux et les réunions des chirurgiens hollandais. Dans les derniers, il était un des conférenciers le plus admiré. Son œuvre scien-

tifique est publié pour la plupart dans le *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.

En 1914, il fut nommé Docteur honoris causa en chirurgie par l'Université de Groningen.

C'était un honneur bien mérité non seulement par ses travaux scientifiques, mais non moins par la part qu'il prit à l'éducation des étudiants, qui travaillaient sous sa direction dans l'hôpital de Haarlem.

Quelques thèses du doctorat en médecine, écrits sous sa direction, montrent l'influence prodigieuse qu'il exerça sur les internes de sa clinique.

Voici une liste de ses principaux travaux :

1. *Ostitis deformans van Paget.*
2. *Behandeling van den gangreeneusen darm.*
3. *Persie van den funiculus spermatici.*
4. *Itersentumour.*
5. *Polymyositis Acuta infectioses.*
6. *Itartwonden.*
7. *Lympliesdivertitiels van den darm.*
8. *Een geval van hermaphroditisme.*
9. *Inraginatie van den processus vermi formis.*
10. *Ektrodaktylie.*
11. *Resectie van den vesophagus.*
12. *Behandeling van geschoten wonden.*
13. *Klepvormige afschuiting van de blaas.*
14. *Vreemde lichamen in den vesophagus.*
15. *Afsluiting van den choledochus bij het pas geboren kind.*
16. *Myositis ossificans progressivo.*
17. *Pijn bij nephulithiaris.*
18. *Bijdrage tot de actiologie der appendicitis.*
19. *Sternia of pseudohernia lumbalis.*
20. *Intra thoracale oesophagus resectie.*
21. *Spina bifida en hydrocephalus.*
22. *Prostaathypertrofie en blaasdivertitiel.*
23. *Colloïd carcinoom van den processus vermi formis.*
24. *Kliniek en therapie der buikolies onsteking.*
25. *De heilkundige behandeling van den Morbus Basedowi.*

26. *Ueber die Anwendung des Dauermagenhebers bei der Nachbehandlung schonerer Pesitonitis fälle.*
27. *Zur Methodite der Wechung van Schaedeldefecten.*
28. *Over den invloed van de functie op de bouw der beenderen.*

SCHOEMAKER.

VIII. — Pologne

JOSEPH ZIEMACKI

Prof. Joseph Ziemacki, né le 19 septembre 1856, décédé le 30 septembre 1925, a fait ses études médicales à Pétersbourg, Dorpat, Vienne, Prague et Berlin.

En 1885, il a commencé à travailler à Pétrograde, à l'hôpital Obuchowski, puis à Poltawa.

En 1893, il a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à Charkow ; en 1895, prof. de chirurgie opératoire à l'Institut d'Hélène Powlowna, à Pétersbourg.

En 1919, pendant la révolution, il s'est rendu en Pologne, notamment à Vilna, où il se mit à organiser l'université, qui, grâce à son activité a été ouverte le 11 septembre 1919.

Le prof. Ziemacki a été élu recteur de cette université où il a obtenu la chaire d'anatomie topographique et de chirurgie opératoire.

Il a publié en français, allemand, anglais, russe et polonais plus de 22 travaux scientifiques, concernant la chirurgie osseuse, les recherches bactériologiques, la chirurgie du foie et de la vésicule biliaire.

Il est devenu membre de la Société Internationale de Chirurgie en 1905.

Bien que toute sa carrière se soit déroulée en Russie, Polonais, il est resté Polonais, au milieu de difficultés politiques, qui ne l'ont point empêché de rester en contact continu avec sa patrie — la Pologne. Comme professeur et savant il a laissé parmi ses élèves un souvenir ineffaçable.

IX. — Roumanie.**JONNESCO**

Né à Ploesti (Roumanie) en 1860, le Professeur Jonnesco fit ses études à l'Institut Buholtzer puis au Collège Saint-Sava. Reçu bachelier en 1878 il se rend à Paris et commence par s'inscrire à l'école de médecine, puis l'année suivante à l'école de droit. Il poursuit simultanément des études de médecine et de droit jusqu'en 1882, lorsque une fois licencié, il abandonna définitivement le droit. Il fut nommé en cette année au concours externe des hôpitaux de Paris. En 1885, il fit comme interne provisoire un an de service à Bicêtre dans la section des épileptiques. Nommé en 1886 interne titulaire des hôpitaux de Paris, il passe ses 4 années d'internat en chirurgie chez Peyrot, Berger, Le Dentu et Verneuil. En 1887, il est nommé premier au concours de l'adjuvat et l'année suivante il obtint le titre de prosecteur provisoire, fonction qu'il occupa de 1888 à 1890. En 1891, il est nommé premier de la promotion prosecteur titulaire de la faculté de médecine de Paris.

En 1890, il fut classé second au concours des internes de chirurgie de 4^e année et obtint la médaille d'argent. L'académie de médecine de Paris lui décerna le prix Laborie de 5,000 francs pour son mémoire *Les Hernies internes rétro-péritonéales*.

En 1892, il fut reçu docteur en médecine avec sa thèse sur l'évolution intra-utérine du colon pelvien.

En mai 1892, le Dr. Thomas Jonnesco se présente à l'agrégation d'anatomie de la Faculté de Paris. Premier sur quinze candidats, il est nommé agrégé trois ans plus tard.

En 1894, il collabora au traité d'anatomie publié par Poirier Charpy, Nicolas, Prenant et un grand nombre d'autres collaborateurs.

Naturalisé français en 1889, il put être nommé prosecteur et concourir au bureau central des hôpitaux de Paris et à l'agrégation d'anatomie.

Les professeurs de Bucarest offrent à Th. Jonnesco une chaire d'anatomie topographique et de chirurgie expérimen-

tales, qu'il accepte en 1895. Il prit en même temps la direction de la clinique chirurgicale de l'hôpital Colțea.

La première chose capitale instituée par Jonnesco dans son service de clinique chirurgicale fut l'introduction de l'aseptie rigoureuse et le bannissement systématique de l'antiseptie.

En 1896, il fonda à Paris, chez Masson, une revue des sciences médicales avec les professeurs Babès et Kalendero ayant des collaborateurs dans tous les pays, et à Bucarest il publie la *Revista de Chirurgie* qui paraît encore aujourd'hui.

A partir de 1895, il publia dans les différentes revues et périodiques médicaux de nombreux travaux de chirurgie et particulièrement au premier congrès de la Société Internationale de Chirurgie, tenu en 1904, à Bruxelles.

Il fit notamment un grand nombre de travaux et d'études se rapportant au sympathique.

C'est en 1908, qu'il publia au Congrès de Chirurgie de Bruxelles, pour la première fois, les résultats de la rachi-anesthésie appliquée à des opérations pratiquées sur tout le corps, il l'appela rachi-anesthésie générale. A partir de ce moment, il publia sa vie durant un grand nombre d'articles à ce sujet ; il fit des démonstrations de sa méthode notamment à Londres, à New-York, à Philadelphie et dans bien d'autres centres médicaux.

Au Congrès de Chirurgie français de 1912, il publia une série de 8,000 cas. En 1913, de 11,324 cas, de rachi-anesthésie générale avec d'excellents résultats.

Exilé à Paris en 1919, le professeur Jonnesco y publia un volume sur la rachi-anesthésie générale. Il avait été élu Doyen de la Faculté de Médecine de Bucarest en 1906, et c'est en 1912 qu'il fut élu recteur de l'Université de Bucarest. Après guerre, il fut de nouveau Doyen de 1921 à 1922 et en 1925, pour la cinquième fois.

En plus de cette remarquable activité scientifique, il faut ajouter que depuis sa rentrée en Roumanie, le professeur Jonnesco a contribué au progrès de la chirurgie roumaine en créant la Société de Chirurgie de Bucarest, qui publie son bulletin. Pendant ses dernières années il fut élu membre-correspondant de la Société de Chirurgie de Paris et de l'Académie de Médecine de Paris.

En 1922, il fut élu membre-associé de l'Académie de Médecine de Paris ; c'est le premier médecin roumain qui a obtenu cet honneur.

Dans son pays, le Docteur Jonnesco, en plus de son activité médicale, eut une activité politique féconde et utile. Il défendit l'enseignement universitaire, l'état sanitaire et rendit de ce fait des services incontestables.

X. — Russie.

HENRI LOUIS ARRONET

Le docteur en médecine (Doctor Medecinae), et conseiller d'état, Henri Louis Arronet, né à St-Pétersbourg, en 1862, avait commencé ses études au Lycée St-Anne, à St-Pétersbourg, passa en 1880 à l'Université de Dorpat, en Esthonie, à la Faculté de Médecine. S'était spécialisé en chirurgie, il étudia chez les professeurs Bergmann et Wahl et après avoir achevé le cours en 1887, il devint l'assistant du professeur Wahl. Après cela il quitta Dorpat et s'installa à St-Pétersbourg où il devint assistant du professeur en chirurgie Reyer et depuis lors il travailla 30 ans en qualité de chirurgien en chef de la section de chirurgie à l'hôpital de la Communauté de la Ste-Trinité des sœurs de Charité de la Croix Rouge. Outre cela il fut bien des années chef de l'hôpital de la comtesse Pérovsky et des asiles de la Société Patriotique de Sa Majesté l'Impératrice Alexandra. Pendant la dernière guerre il exerça ses devoirs et en outre il fut chirurgien en chef de sept hôpitaux de guerre, entre autres de celui de la chancellerie des requêtes de Sa Majesté l'Empereur. Il était l'un des médecins des plus connus et estimés de St-Pétersbourg. En hiver 1920, il a su échapper à la terreur des bolchévistes russe en traversant le golfe de Finlande par la glace et se rendit en Finlande. En l'année 1921 il s'établit en Esthonie où il fut nommé chirurgien en chef de l'hôpital d'arrondissement à Hapsal et où il prit la direction de l'établissement des bains de limon de mer, dont il était connaisseur ayant pratiqué comme docteur les saisons d'été de 1903 à 1914 à Arensborg, lieu pareil à Hapsal. En août 1923,

une inflammation des poumons soudaine interrompit son travail fructueux et il fut enlevé en quatre jours. Son trait caractéristique était sa bonté de cœur qui faisait de lui l'ami de ses malades et le poussait à les soigner bien des fois sans autre récompense que leur profonde reconnaissance.

XI. — Yougo-Slavie.

SOUBBOTITCH

Le Pr. Soubbotitch est né à Novi Sad en 1859 où il reçut une éducation profondément imbue de patriotisme et d'amour pour son peuple, de sorte qu'arrivant plus tard dans notre pays, il put facilement nous comprendre.

En 1876, on le voit secourir les blessés Serbes (guerre turque).

Ensuite il revient à Vienne où il fait toute son éducation médicale, sauf un semestre passé à Paris. A 22 ans il termine sa médecine. Chez le Pr. Albert, de Vienne, il obtient une place d'assistant, ce qui lui permet de faire son éducation chirurgicale. Il fait ses débuts à Zemoun et 8 ans plus tard, déjà connu, il reçoit la place de Chef de Service de Chirurgie de Belgrade, dont on lui confie l'organisation.

Grâce à Soubbotitch, on commença à connaître ce qu'est la chirurgie. La Soc. Méd. de Belgrade devint aussitôt plus active par son influence.

Homme scientifique très capable, consciencieux et courageux à l'extrême, il exigeait une discipline des plus sévères dans son service. Très bon clinicien, il connaissait à fond les indications opératoires.

C'est grâce à lui, à son influence, que notre pays forma tout une pléiade de bons chirurgiens. C'est grâce à lui que la chirurgie s'éleva à un tel niveau que pendant la guerre tous les Alliés considéraient nos médecins comme leurs égaux et leurs confiaient sans hésiter leurs blessés.

Le travail formidable pendant la guerre et la retraite à travers l'Albanie eurent une influence néfaste sur sa santé déjà touchée. Mais il ne s'arrêta point.

De retour en Serbie, il fut élu Professeur de Pathologie Chirurgicale et bientôt Doyen de la Faculté de Médecine.

Par son énergie, son adresse et sa science, il savait briser tout obstacle à son œuvre tellement fertile.

Pendant 40 ans il travailla et rêva de devenir Professeur de Pathologie Chirurgicale. Il le devint finalement, mais le même jour où j'annonçais, comme Président de la Société de Médecine, sa leçon d'ouverture, le Pr. Soubbotitch tomba malade pour ne plus se relever.

Sa mort fut un choc terrible pour notre Faculté.

Son œuvre est d'une telle valeur pour nous, que le nom de Soubbotitch restera toujours entouré d'une auréole, car il signifiera toujours pour nous que le chemin de la chirurgie est enfin ouvert.

*
* *

Son travail a été vraiment considérable. Le voici dans l'ordre chronologique.

Deux ans après sa nomination de Chirurgien de l'Hôpital de Zenon (banlieue de Belgrade ayant appartenu autrefois à l'Autriche), c. à d. 1886, le Pr. Soubbotitch publie trois travaux :

1. Contribution à l'étude de l'Actinomycose dans le *Journal Médical de Budapest*. Le premier travail sur ce sujet a été relaté en 1877.

2. Pharyngotomie sous-hyoïde.

3. Un travail sur les trépanations.

Ces travaux montrent le Pr. Soubbotitch comme un chirurgien adroit et audacieux.

En 1887, il publie un cas de kyste du pancréas opéré et guéri. A ce moment on ne connaissait que 14 cas pareils, dont 12 opérés avec 50 % de mortalité. Trois cas seulement furent diagnostiqués ; le cas du Pr. Soubbotitch faisait le quatrième dûment diagnostiqué et opéré suivant une méthode qui est restée en valeur de nos jours.

Cette même année il publie un travail sur la cystotomie.

En 1889, fait à Budapest une conférence sur l'atrésie du vagin.

Sa nomination de Chirurgien de l'Hôpital de Belgrade vient la même année.

Après 5 ans de silence il publie dans un journal viennois un article sur « Les kystes hématiques perispléniques », très rares, semblant d'origine paludéenne. Les *Archives Serbes* publient la même année une « Contribution à la chirurgie de la rate » où il parle, entre autre, de la torsion de la rate.

En 1896 et 1897, il travaille d'une façon intense dans la Société serbe des Médecins présentant des malades et des pièces intéressantes. Il publie aussi un travail sur « les effets des projectiles de petit calibre ».

En 1899, un travail dans les journaux viennois sur la « Morphologie et la Reproduction de l'Echinocoque multiple ».

Les *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie* rapporte en 1903 l'article « Contribution à la Pathologie et la Chirurgie de quelques maladies de la rate », travail cité dans le Nouveau traité de Chirurgie 1913. La même année il a fait une conférence au Congrès International de Médecine à Paris : « Sur un cas opéré de kyste hématique du Pancréas avec analyse anatomo-pathologie. »

1905, le *Zentralblatt fur Chirurgie* publie son article « Occlusion intestinale comme application tardive de l'Appendicite ».

Sur son initiative, le premier Congrès des Chirurgiens Serbes fut tenu le 22 et 23 décembre 1907. 65 médecins y prirent part. Le Pr. Soubbotitch et le Dr. Sondermayer furent élus présidents.

Soubbotitch, Michel et Nikolayevitch donnèrent un travail approfondi sur les Ulcères de l'Estomac et du Duodénum, qui fut le thème principal. En outre tous les élèves du Pr. Soubbotitch, le Dr. Kojen, le Dr. Kretitch, etc., prirent la parole et présentèrent des malades.

En 1908, le *Zeitschrift fur Chirurgie* publie une « Contribution aux luxations de Lisfranc ». Il fit la même année une conférence sur l' « Incarcération rétrograde chez les hernieux ».

La *Presse médicale d'Egypte* publie en 1909 « Quelques considérations sur la perforation de l'ulcère peptique », suite du travail exposé en un congrès des Chirurgiens Serbes. Il

avait préparé pour le Congrès International de Budapest un travail sur les « Pancréatites chroniques », mais à cause des événements (annexion de la Bosnie par l'Autriche-Hongrie) il n'y alla pas.

En 1910, il tint un discours à Zagreb, lors du Congrès des Médecins, sur « Les sténoses multiples intestinales d'origine tuberculeuse ».

En 1911, il tient à Bruxelles, pour le III^e Congrès International, une conférence sur « Les Pancréatites aiguës ». La même année, il fait une conférence à la Société des Médecins Serbes sur « Les ruptures sous-cutanées et les perforations des organes intra-abdominaux », qui est certainement un de ses meilleurs travaux, fondé sur 155 cas opérés dans un délai de 20 ans.

C'est le Pr. Soubbotitch qui réussit, par un travail considérable, à organiser le premier Congrès Yougoslave pour la médecine opératoire. Il eut lieu le 5 septembre 1911. 132 médecins y prirent part. Ce fut le plus heureux jour de Soubbotitch.

Pendant les guerres de 1912 et 1913, il organisa les réunions des médecins Serbes et étrangers venus avec des missions, où l'on discuta toutes les questions importantes touchant la chirurgie de guerre. Soubbotitch envoya à la Société de Chirurgie de Paris un article : « La Chirurgie de Guerre dans les Hôpitaux de Belgrade ». Il a fait à Zagreb, au Congrès des Médecins, une conférence sur la chirurgie de guerre, et il envoya un travail à la XVII^e section du Congrès International de Londres sur les Anévrysmes traumatiques que publièrent les *Archives Serbes* et le *Zeitschrift fur Chirurgie*. Dans ce travail Soubbotitch a réuni tout le matériel de la guerre turque et bulgare en 1912 et 1913. Il est indiscutable que personne n'a eu à ce moment un matériel aussi considérable. En outre, il publie dans le même travail 2 cas d'anévrysme de l'artère vertébrale. La méthode de Carrel (suture des vaisseaux) fut exécutée 46 fois, ce qui représentait un chiffre énorme pour l'époque. Il parla sur le même sujet à la Société de Chirurgie et pendant la grande guerre il ajouta encore 70 cas à son travail.

En 1916, il construisit un appareil pour fractures du fémur,

qui fut décrit dans le *British Medical Journal*. A la Société Médicale de Londres il fit une conférence sur le typhus exanthématique qui dévasta la Serbie en 1914 et 1915.

De retour en Serbie en 1918, Soudbotitch réorganisa son service dévasté.

En 1919, il fit de nombreuses conférences à la Société Médicale Serbe. La même année il est élu Professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine nouvellement créée à Belgrade. Avec toute l'énergie, dont il était seul capable, Soudbotitch organisa cette Faculté. La mort le trouva en plein travail.

Il fit partie du Conseil Sanitaire pendant 25 ans et 5 fois Président de la Soc. Méd. Serbe.

Il a été membre de la Société de Chirurgie française, allemande, internationale, de la Société Méd. de Budapest, de la Société Française d'Urologie, membre de l'Académie de Médecine, etc.

KOYEN.

PROGRAMME DU VII^e CONGRÈS

Mardi 6 avril

A 16 heures : Réunion du Comité International à l'Académie royale de médecine à la Polyclinique Umberto I.

Mercredi 7 avril

A 10 heures : Séance inaugurale du Congrès *dans la salle du Capitole*, sous la Présidence de S. E. le Chef du Gouverneur Italien, BENITO MUSSOLINI.

1. Discours de S. E. le Gouverneur de Rome, le sénateur CREMONESI.

2. Discours de S. E. le Chef du Gouvernement Benito MUSSOLINI.

3. Discours du Président de la Société Internationale de Chirurgie, le professeur WILLEMS.

4. Rapport du Secrétaire-Général de la Société Internationale de Chirurgie, le docteur MAYER.

5. Discours du Président du Congrès, le sénateur D. GIORDANO.

A 14 heures : 1^{re} séance scientifique (Académie royale à la Polyclinique Umberto I) : Curiéthérapie du cancer utérin.

Jeudi 8 avril

A 9 heures : Séances opératoires.

A 14 heures : 2^e séance scientifique à la Pol. Umberto I : Thérapeutique des tumeurs cérébrales.

A 23 heures : Réception du Président du Congrès, le professeur D. GIORDANO, all'Albergo Exelsior.

Vendredi 9 avril

A 8 heures : 3^e séance scientifique à la Polyclinique Umberto I : Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.

A 10 h. 30 : Assemblée générale.

A 14 heures : Excursion à Tivoli offerte par les membres italiens. Thé à la villa Adrienne offert par la Société de l'Histoire de la Médecine et l'Institut Pharmacologique Italien.

Samedi 10 avril

A 8 heures : 4^e séance scientifique à la Polyclinique Umberto I : Chirurgie de la rate.

A 14 heures : 5^e séance scientifique : Abscès du foie ; Résumés et conclusions des différents rapports.

A 21 heures : Banquet de clôture offert par les membres italiens de la Société à leurs collègues étrangers.

Dimanche 11 avril

Audience privée de S. S. le Pape Pie XI au Vatican.

Lundi 12 avril

Opérations.

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES



DISCUSSIONS

SÉANCE INAUGURALE

ROME, LE 7 AVRIL 1926, A 11 HEURES

SOUS LA PRÉSIDENTENCE DE

S. E. l'honorable Benito MUSSOLINI

Chef du Gouvernement italien.

Dans le cadre fastueux de la grande salle des fêtes de l'antique capitole, plus de 800 congressistes firent, à son entrée, une ovation chaleureuse au chef du gouvernement italien.

A ses côtés prirent place sur l'estrade le Gouverneur de Rome, sénateur Cremonesi, le professeur Giordano, président du 7^e Congrès ; le prof. Willems, président du Comité international ; le docteur L. Mayer, secrétaire-général du Congrès.

Aux premiers rangs de l'assemblée des sièges avaient été réservés au directeur-général du service de santé de l'armée, au préfet, au vice-gouverneur, à l'Hon. Veselli, au ministre de l'Instruction publique, à l'Hon. Darbino, au recteur de l'Université, au directeur général du service de santé de la marine, au directeur général du service de l'hygiène, au directeur général du ministère de l'Instruction publique, au D^r J. Lorthioir, trésorier ; au D^r Dominici, secrétaire ; aux D^{rs} Alessandri, délégué de l'Italie ; Armstrong, délégué du Canada ; Cabeça, délégué du Portugal ; Corachan, ff. délégué de l'Espagne ; Brinsmade, ff. délégué des Etats-Unis ; de Quervain, délégué de Suisse ; Gorsach, ff. délégué

de Russie ; Hartmann, délégué de France ; Kayjer, délégué de Suède ; Leonte, ff. délégué de Roumanie ; Latis-Bey, délégué d'Egypte ; Mijake, délégué du Japon ; Jirasek, délégué de Tchécoslovaquie ; Hansen, délégué du Danemark ; Roberts, délégué de l'Empire Britannique ; Zawadzki, délégué de Pologne ; Schoemaker, délégué des Pays-Bas ; Matthiasson, délégué d'Islande ; Petridis, ff. délégué de Grèce ; Magnus, ff. délégué de Norvège ; Plotkin, délégué de l'Université de Krasnodar ; Mac Callum, délégué de l'Université de Melbourne, etc.



Discorso pronunciato da S. E. il Governatore di Roma in occasione della inaugurazione del 7° Congresso della Società Internazionale di Chirurgia in Campidoglio (7 aprile 1926).

Signori !

Siate fra noi i benvenuti. Roma, donde irradiò la prima civiltà europea, è il luogo di naturale convegno dei rappresentanti della civiltà e voi per molteplici ragioni avete diritto di considerarvi tali ; per i vostri studi, che incessantemente ampliano i confini della scienza, per la vostra arte che audacemente contrasta e talvolta supera l'opera della natura ; per l'azione sociale che esercitate, restituendo al lavoro e alla vita tante energie che, senza, Voi, andrebbero irrimediabilmente perdute.

Ma Roma si rinnova. La guerra e il tumulto dei popoli sconvolsero anche la nostra Nazione, che chiese all'antica Madre la parola di salvezza, il principio ordinatore delle sue forze. E Roma rinnovò in se stessa l'Italia, rianimando il suo antico spirito, suscitando un impetuoso ardore di rigenerazione che trovò la sua più sicura espressione in Benito Mussolini e nello Stato fascista.

E' questa la Roma antica e nuovissima che vi accoglie, o Signori !

I vostri nomi illustri, i vostri sapienti dibattiti lasceranno una profonda eco fra noi.

Se in altri tempi voi avreste goduto ugualmente in Roma la cordiale deferenza che la fama vostra e il nostro senso di ospitalità impongono, oggi assai più intenso è il desiderio di ascoltarvi, di collaborare, di gareggiare con voi.

Forse in questo periodo storico sorge una nuova civiltà. E voi potrete un giorno ripensare a questo convegno romano, compiacendovi di aver in esso spiegata la vostra attività, affermata la vostra dottrina.

Siano le mie parole un augurio verace. Non per l'Italia sola, non per una sola delle nobili nazioni a cui voi appartenete, ma per il trionfo degli ideali umani, per la vittoria dello spirito, per il bene di tutti i popoli.

Boma, eterna e universale, dia l'impronta della grandezza e della gloria all'opera che voi, con santa concordia, compite nel nome della scienza e della civiltà.

*
**

Discorso di S. E. il Capo del Governo (1)

Porto il saluto del Governo italiano agli insigni maestri di quell'arte del ferro chirurgico in che la scienza medica seppe trovare, attraverso i secoli, una delle sue maggiori e più gloriose conquiste. Il vocabolo che designa la vostra arte, signori, non dice di quest'arte tutta la portata ideale ed il valore umano. Alle sue radici greche « chirurgia » non ha che un modesto significato : « lavoro della mano ». Ma le più luminose virtù dell'intelligenza e le più profonde energie del carattere devon guidare e sorreggere codesta mano nell'opera per che, ogni giorno più vittoriosamente, le vostre lame precise contendono al non invincibile male la minacciata vita degli uomini. Nata in remotissime origini, la vostra scienza diventò tale in terra italiana e, sfuggendo ai suoi primi profanatori, si fece legge e disciplina con i sapienti uomini della scuola di Salerno dalla quale poi doveva giungere, col Rinascimento, ai quattro gloriosi maestri cui ancora oggi essa, come ai numi

(1) M. Mussolini avait fort aimablement fait distribuer son discours imprimé et traduit dans les langues officielles du Congrès.

più venerati devotamente si raccomanda : da Andrea Vesalio al Wurtzium, da Paracelso ad Ambrogio Parè. Non occorre ricordare a voi che quest'ultimo, chirurgo di Francesco II, di Carlo IX e di Enrico III, accompagnava, nelle lunghe guerre, le armate sul campo. E quando, chinandosi sui guerrieri colpiti a morte restituiva ad essi la sfuggente vita soprattutto con la legatura delle arterie da lui per il primo sostituita al cauterio nell'arduo sacrificio delle amputazioni, quando dalla morte imminente ricreava prodigiosamente la vita, Ambrogio Parè, in esemplare modestia e levando dal ferito gli occhi al Cielo, soleva dire : « Je le pançai, Dieu le guarist ». No. Egli non aveva solamente curato. Egli guariva. E laddove la morte uccideva, l'uomo ritornava a creare la vita.

I sette libri d'una delle più illustri opere della storia chirurgica hanno questo titolo : « De corporis humani fabrica ». Voi siete infatti, o maestri dell'anatomia, i secondi fabbricatori del corpo umano. Con polsi fermi, con mani sapienti, con stoici cuori, con lucidi e freddi cervelli, voi avete a poco a poco strappato all'insidia del male la maggior parte dei più oscuri territori del corpo umano.

Come soldato della grande guerra, ho sperimentato a lungo sul mio corpo la vostra sapiente perizia, e con me milioni e milioni di feriti.

Io saluto in voi i prodigiosi salvatori di innumerevoli vite, i vittoriosi eroi delle ambulanze. Ma se i soldati hanno riposo, poichè anche le guerre più ardue hanno fine, non ha mai riposo il vostro combattimento contro la malattia. Sino all'ultimo giorno della vostra esistenza, voi rimanete sul campo a tentar di salvare i feriti della vita, ancora più numerosi che i feriti caduti su un campo di battaglia. Se ogni uomo degno di questo nome è soldato nell'ora della prova imposta alla Patria, voi siete, o maestri, gli infaticabili soldati della diuturna battaglia contro la morte.

Sono lieto di vedervi, in numero così imponente, ospiti di Roma, e vi prego di accogliere insieme col mio saluto cordiale, i sensi della mia ammirazione e simpatia.

Discours du Professeur Willems,**Président du Comité International.**

Excellences,
Monsieur le Président,
Mes chers Collèges,
Mesdames,
Messieurs,

Qu'il me soit permis, en cette cérémonie inaugurale, de saluer tout d'abord les hautes autorités qui ont bien voulu accorder au Congrès international de chirurgie, pour cette septième session, leur puissant appui.

Avant tout, Sa Majesté le roi Victor Emmanuel III, qui a daigné accepter la présidence d'honneur du Congrès, le Souverain dont la sagesse a su guider Sa Patrie dans les voies du progrès et lui assurer la réalisation de son idéal patriotique.

Sa Majesté la Reine Hélène, qui a émerveillé le monde pendant la guerre par les soins touchants dont son cœur d'épouse et de mère a su entourer les pauvres blessés.

Son Excellence Benito Mussolini, chef du Gouvernement, et Son Excellence le Gouverneur de Rome, Monsieur le sénateur Cremonesi, qui nous font un très grand honneur, dont nous sentons tout le prix, en assistant à cette séance solennelle. Ils ont voulu marquer ainsi l'importance qu'ils attachent à toutes les manifestations de la science universelle.

Je veux enfin saluer mon vieil ami, Monsieur le sénateur Giordano, président du Congrès, que je suis très heureux de voir aujourd'hui à cette place d'honneur. Voilà presque 25 ans que je le suis dans sa belle et brillante carrière et que j'ai assisté à son ascension ininterrompue. C'est avec bonheur que je lui présente ici mes chaleureuses félicitations.

Un traditionnel et pieux devoir m'invite à rappeler devant vous le souvenir de ceux de nos collègues qui nous ont été enlevés depuis notre dernier congrès, qui a eu lieu à Londres en 1923. Parmi ces pertes, trop nombreuses, deux figures surgissent immédiatement devant nous : celles de deux anciens présidents de nos congrès, Antoine Depage, qui pré-

sida le IV^e congrès à New-York en 1914, et Sir William Macewen, qui présida le VI^e congrès à Londres en 1923.

Le si regretté Depage, qui présida à New-York à la veille de la grande guerre, y apporta le prestige déjà incontesté de son nom, l'autorité de sa situation chirurgicale déjà grande et sa trépidante activité. On n'a pas oublié que, dans son discours d'ouverture, où il relatait son activité pendant la guerre des Balkans, il fit un chaleureux appel à la constitution des Etats-Unis d'Europe, devançant les événements avec cette clairvoyance et cette générosité de sentiments dont il fit preuve dans tant de circonstances de sa vie.

Mais nous devons surtout nous souvenir du rôle glorieux qui fut le sien pendant la grande guerre. Encouragé et soutenu envers et contre tous par l'admirable femme qu'est notre gracieuse souveraine, Sa Majesté la Reine Elisabeth, qui avait compris que, sous une écorce un peu rude, il cachait un cœur d'or, et qui s'était persuadée qu'il avait la vision claire et nette de ce qu'il voulait réaliser.

Sous cette égide puissante, Depage put donner cours librement à un talent d'organisation sans pareil, qui finit par se concrétiser dans cette admirable ambulance de La Panne, où les chirurgiens alliés vinrent admirer un ensemble unique de services chirurgicaux spécialisés et magnifiquement outillés, et de laboratoires où se poursuivaient des recherches pour le plus grand bien des blessés. Tout cela inspiré, coordonné, dirigé par un seul chef : Depage.

Depage connut là la gloire, celle que peut apporter la réalisation de conceptions nouvelles, de progrès grandioses, et il put se rendre le témoignage d'avoir fait œuvre vraiment utile. Mais il y toucha aussi le fond de la douleur humaine, lorsque sa vaillante femme — qui avait été pendant toute sa carrière, sa collaboratrice attentive et dévouée — périt lamentablement dans la catastrophe du LUSITANIA.

A partir de ce moment, le ressort était brisé en lui. Il se ressaisit cependant et il semble vouloir chercher l'oubli dans la griserie d'initiatives nouvelles. Mais sa santé était irrémédiablement ruinée. Et pendant un an, il lutta contre la maladie, avec une énergie farouche. Car il *voulait* guérir, sachant que son œuvre n'était pas achevée. Il discutait le diagnostic

avec ses médecins, imposait d'autorité les interventions, et présidait à leur exécution, donnant en un mot l'admirable exemple de sa foi dans le chirurgie, à laquelle il avait peut-être trop demandé.

Le Congrès de Londres était à peine terminé que Sir William Macewen, qui l'avait présidé avec une rare autorité, succombait à Glasgow. Ses compatriotes, qui l'avaient porté à la présidence du congrès international, ont voulu couronner par ce rare honneur une carrière particulièrement brillante et d'une unité de direction remarquable. On peut dire de lui que la chirurgie osseuse fut la préoccupation constante de sa vie. Il est frappant que, pendant le congrès qu'il présida, en exposant ses travaux sur l'ostéogénèse, il sembla vouloir formuler une sorte de testament scientifique, comme s'il avait eu conscience de sa fin prochaine.

Indépendamment de ces deux pertes particulièrement douloureuses, notre Société porte depuis le dernier congrès, de nombreux deuils survenus dans les différents pays qui la composent.

En Belgique, Charles Goris nous a été enlevé en pleine activité scientifique. Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, il avait vraiment un tempérament de chirurgien. Il s'était surtout attaché à la chirurgie opératoire de la tête, de la face et du cou. C'était un chirurgien audacieux et heureux. Ses succès étaient sans nombre et sa réputation d'opérateur était à son apogée quand la mort le terrassa.

Sa mort inopinée jeta la consternation dans tous les milieux, riches et pauvres, pauvres surtout. Car sa bonté était proverbiale, et il faisait le bien pour le bien, sans ostentation.

Charles Jacobs, de Bruxelles, s'était fait en gynécologie une réputation qui avait franchi depuis longtemps les frontières de son pays. Il avait pris une part remarquée à la renaissance de la grande gynécologie, à l'époque où les Pozzi, les Segond, les Richelot, mirent au point les grandes opérations abdominales de l'époque.

Leclerc-Dandoy, jeune encore, enseignait à la Faculté de Bruxelles l'urologie et avait acquis une grande réputation dans sa spécialité. C'était un de ces jeunes maîtres sur qui l'Université de Bruxelles comptait le plus.

Les Colonies Françaises ont perdu Braquehay, qui était chirurgien de l'hôpital français de Tunis, et qui s'était fait connaître en France par des travaux intéressants.

A l'île de Cuba, nous avons à déplorer la mort de Carrera et de Casuso y Roque, de La Havane.

Au Danemark, nous avons perdu Erik Christensen, de Aalborg, chirurgien de l'hôpital communal, qui laissa beaucoup de regrets par sa foncière bonté.

Dans l'Empire Britannique, outre Sir William Macewen, nous déplorons la perte de Dalziel, de Glasgow, et de William Fergusson, chirurgien du Chalmers Hospital, à Banff ; de Alexis Thompson, prof.-émérite de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, et Ch. Childe, d'Edimbourg, chirurgien du Royal Hospital de Portsmouth, qui fut en 1923 président du British Medical Association.

En Espagne, nous avons à déplorer la mort de Estapé, de Barcelone. En Esthonie, celle de Arronet, qui pratiqua pendant de longues années à Saint-Péterbourg, et émigra, après la guerre en Esthonie, où il pratiqua à Hapsal, station de bains de limon de mer, où il mourut en 1923, profondément regretté.

Les Etats-Unis ont eu à déplorer la perte de Le Conte, de Philadelphie, que beaucoup d'entre nous ont appris à connaître pendant le congrès de 1914, et qui nous avait laissé le souvenir d'un homme, encore jeune, très distingué et très obligeant ; de Lowett, de Boston ; d'Albert Ochsner, de Chicago, dont nous avons pu apprécier la maîtrise opératoire ; de John B. Roberts, qui fut pendant longtemps professeur d'anatomie et de chirurgie à « Phila-Policlinic » de Philadelphie, et de Richard Harte, de Philadelphie. Nous venons d'apprendre aussi le décès de Belfield, de Chicago ; de Mixer et de Bottomley, de Boston ; de Mc Laren, de Saint-Paul.

En France, nos pertes ont été nombreuses et sensibles. C'est d'abord Auguste Broca, qui fut pendant de longues années délégué de son pays, et qui a rendu dans ce poste d'honneur de signalés services, au début de notre Société. C'était une figure originale, un homme très cultivé, artiste, dédaigneux des honneurs. C'était aussi un brillant opérateur, de

manières un peu rudes, mais d'une mémoire prodigieuse, d'un jugement sûr et d'infiniment d'esprit. Malgré son franc parler et les inimitiés qui lui attira sa rude franchise, il fut appelé à enseigner à la Faculté, la médecine opératoire, l'anatomie chirurgicale et la clinique chirurgicale infantile. Il le fit avec éclat, et avec une éloquence primesautière et toute personnelle.

Louis-Gustave Richelot est mort à 80 ans. Il prit une part active au développement de la gynécologie opératoire en France. Il vulgarisa d'abord l'hystérectomie vaginale, puis adopta l'hystérectomie abdominale et devint enfin le champion de l'hystérectomie totale devant le fréquence de la dégénérescence cancéreuse du col après la subtotale. Comme il était artiste, il ne fut pas désemparé comme tant d'autres à l'âge de la retraite.

Edouard Schwartz commença ses études à Strasbourg. Il émigra à Paris après 1871, et fit la plus grande partie de sa carrière chirurgicale à l'hôpital Cochin. C'était un homme à la carrure puissante, au robuste bon sens. Il a formé de nombreux élèves, bien qu'il eut peu écrit. Il eut la joie, avant de mourir, de voir son pays natal, l'Alsace, faire retour à la mère-patrie.

Maunoury, de Chartres, était un chirurgien de grande valeur, mais d'une modestie excessive. Il avait assisté à plusieurs de nos congrès. Il avait le talent de s'effacer et il fallut lui forcer la main pour lui faire accepter la présidence du congrès français de chirurgie. Sa seule fierté était sa parenté avec l'un des plus illustres héros de la guerre. Lorsqu'une infirmité pénible lui rendit les relations difficiles, il s'isola complètement et mourut comme il avait vécu, dans le silence, et, autant qu'il dépendit de lui, dans l'oubli.

Jalaguier, qui mourut à 71 ans, avait fait une admirable carrière de chirurgien. Il fut un des premiers adeptes de l'antisepsie en France. Lucas-Championnière, qui en était le prophète, la lui enseigna. Ce qui ne l'empêcha pas d'être plus tard parmi les premiers adeptes de l'asepsie. Ce fut le hasard qui l'orienta vers sa voie définitive. Pendant plus de trente ans, il fut à la tête d'un service de chirurgie infantile. Son œuvre capitale est et restera l'appendicite. C'est

lui qui nous a appris à refroidir la crise aiguë, c'est lui qui découvrit une des meilleures incisions pour l'appendicectomie. C'est lui qui a contribué plus que personne à nous faire connaître l'appendicite chronique. C'est là son œuvre capitale, celle que restera la gloire de sa vie.

Potherat, qui a disparu à 66 ans, était élève de Segond, à qui il avait voué une grande admiration et une profonde reconnaissance. Et lui, le modèle du chirurgien modeste, il avait fini sa carrière à l'Hôtel-Dieu, dont les vieux murs vibrent encore à l'évocation des grands noms de la chirurgie qu'ils abritèrent. Sa carrière fut un peu effacée, mais très digne.

La France a perdu encore Malapert, de Poitiers, et plusieurs autres chirurgiens qui n'ont pas eu le temps de donner pleinement leur mesure.

Francis Villar, de Bordeaux, débuta par un coup de maître. Au congrès de chirurgie de Paris de 1905, il fit sur la chirurgie du pancréas un rapport de plus de 300 pages, qui est encore maintenant la monographie la mieux documentée sur ce sujet, neuf à cette époque. Malheureusement, comme si ce grand effort l'avait épuisé, Villar devint malade et dut abandonner son activité. Il s'est éteint à un âge où on fondait encore sur lui de grandes espérances qu'autorisaient sa belle intelligence, son activité et ses brillants débuts.

Louis Sencert, de Strasbourg, est mort jeune encore, à 46 ans, à la suite d'une longue maladie, stoïquement supportée, et que les soins empressés de ses amis ne parvinrent pas à vaincre. Ancien agrégé de Nancy, il publia de nombreux travaux pendant la guerre, et à l'armistice, il institua dans son service du Val-de-Grâce, cette belle série d'expériences, entreprises avec le prof. Nageotte, du Collège de France, et qui devaient aboutir à la découverte de la greffe de tissus morts. A la Faculté de Strasbourg, où il avait pris la clinique chirurgicale, il avait un vaste programme de travaux qu'il n'eut malheureusement pas le temps d'accomplir.

Pour clore la liste des pertes françaises, je dois signaler celle de Paul Hallopeau, que la mort a pris trop tôt. C'était un homme réfléchi, silencieux, prématurément mûri par la guerre. Il avait un rare bon sens et un jugement très droit.

Il avait d'ailleurs donné déjà plus que des promesses. Enfin nous venons d'apprendre la mort de Vidal, de Bapaume.

Aux Pays-Bas, nous avons à regretter la mort de C. W. Westerman, chirurgien de l'hôpital de Haarlem, qui laisse une œuvre scientifique importante et qui, bien que n'enseignant pas, exerça une action profonde sur ses internes, et le décès de Van Lier, d'Amsterdam, et S. Mulder, de Leeuwarden.

En Russie, la mort nous a enlevé Guinsburg, Ikonikoff et Voinitch-Sianojentsky, de Leningrad ; Rosoff, de Kiew, et Zijkoff, de Moscou.

En Pologne, la mort nous a enlevé Ziemacki, de Wilno.

Enfin en Yougoslavie, nous avons perdu notre excellent ami, Soubbotitch, de Belgrade, qui fut dès l'origine, le délégué de la Serbie à notre Société, à laquelle il était profondément dévoué. Il prit part à tous nos congrès.

Ancien assistant du prof. Albert, de Vienne, il publia ses premiers travaux en Allemagne et en Autriche, mais il fut bientôt attiré par le génie latin et en particulier par la chirurgie française.

Pendant la guerre, il fut chargé de missions en France. Après l'armistice, il fut élu professeur de pathologie chirurgicale, puis doyen de la Faculté de Médecine nouvellement créée à Belgrade. Et lui qui, pendant les quarante années de sa vie professionnelle si active, avait eu constamment en vue cet honneur, ne put remplir ces fonctions qu'il avait si ardemment désirées. Il tomba malade le jour même où il devait faire sa leçon inaugurale et ne se releva plus. Mais il laisse le souvenir d'un excellent chirurgien, d'un homme d'une activité peu commune, et laisse de nombreux élèves qui le considèrent comme l'initiateur de la chirurgie moderne en Yougo-Slavie.

Enfin je ne puis clôturer cette notice nécrologique sans signaler la disparition survenue il y a peu de jours, de Jonnesco, qui était le délégué de la Roumanie et qui s'était illustré par ses travaux sur la rachi-anesthésie haute et sur la chirurgie du sympathique.

Je vous convie, mes chers Collègues, à donner à nos morts un témoignage de regret, en vous levant et en gardant pendant une minute un silence recueilli.

Mes chers collègues, voilà la septième fois, depuis 21 ans, que vous vous réunissez en congrès international, vous les représentants les plus autorisés, de la chirurgie mondiale.

Que dis-je, il n'y a pas 21 ans, mais 24 ans, que vous avez pris contact pour la première fois !

C'était en 1902, à Bruxelles. Depuis lors, j'ai eu l'insigne honneur de présider votre Comité international. Je suis infiniment sensible à la marque de confiance que vous m'avez donnée en renouvelant constamment mon mandat.

J'ai hâte, mes chers collègues, de vous souhaiter la bienvenue au septième Congrès international de chirurgie. A vous d'abord, les anciens que nous sommes accoutumés de voir prendre part à toutes nos réunions. A vous ensuite, les nouveaux venus, et particulièrement ceux d'entre vous dont les pays n'étaient pas encore représentés dans notre association, ou ne l'étaient qu'imparfaitement : le Japon, la Chine, les nations Sud-Américaines et les nations nées des derniers événements, la Pologne, la Tchécoslovaquie, la Lithuanie, la Lettonie, l'Estonie, qui ont droit maintenant à une représentation autonome. Enfin, nous pensons aussi à nos Collègues d'autrefois, que les formidables événements de ces dernières années avaient éloignés de nous. Nous espérons que les propositions fermes que nous aurons l'honneur de vous faire à l'Assemblée générale de vendredi prochain rencontreront votre agrément et que vous reconnaîtrez la sincérité de notre désir d'accueillir toutes les bonnes volontés et toutes les nations unies dans une même pensée de travail dans la concorde et dans la paix.

Quand on jette un coup d'œil en arrière, ce qui frappe tout d'abord, c'est la part importante qu'ont prise dans le développement de la chirurgie les congrès internationaux, et le prestige qui dès leur origine, s'est attaché à leurs travaux. Ce prestige est allé en grandissant, non seulement par l'importance des rapports et des discussions, qui ont donné lieu à d'admirables mises au point pour toutes les questions portées à l'ordre du jour. A cet égard, la décision prise à Londres de confier à un Comité spécial indépendant du Comité administratif, le choix des questions semble avoir été une mesure heureuse, à en juger par le programme de la session actuelle. Vous aurez à vous prononcer sur son maintien éventuel.

Le progrès est tout aussi important quant au nombre des adhérents. Ce nombre n'a jamais été aussi élevé, pas plus que le nombre des membres inscrits pour la discussion des rapports.

La prospérité de notre association est donc remarquable. Je fais des vœux pour que sa marche ascensionnelle, qui a été constamment progressive depuis ses débuts, ne se ralentisse pas et que nous assistions au triomphe définitif de l'idée à laquelle se sont attachés ses promoteurs, et du succès de laquelle ils n'ont jamais douté.

★
★★

Sa Majesté la Reine des Belges a pris récemment deux initiatives généreuses et bienfaitantes : Elle a fondé un organisme destiné à encourager les recherches scientifiques d'ordre médical et Elle a couvert de Sa Haute Autorité la Ligue Belge contre le péril vénérien. Nous vous demandons, mes chers collègues, de permettre à votre bureau d'envoyer à Sa Majesté la Reine Elisabeth l'hommage respectueux de l'admiration du Congrès.

★
★★

Discorso del Prof. Mayer

Eccellenze,

L'incremento economico sociale e scientifico del Vostro Paese in questi ultimi anni è prodigioso.

Ferventi ammiratori della cultura latina, al domani della terribile guerra, dobbiamo guardare con amore filiale il vostro genio.

L'applauso unanime che nel Congresso di Londra accolse l'onorifico invito fattoci di sedere a Roma quest'anno dietro la proposta del Prof. Alessandri dimostra quanto tale invito ci riuscì grato.

Tuttavia non ci aspettavamo una così calorosa accoglienza e ne siano profondamente lieti.

Carissimi Colleghi Italiani, Signori e Signore.

Il Presidente del nostro Comitato Internazionale il Prof. Willems, ci ha ricordato i nomi purtroppo numerosi dei nostri Colleghi scomparsi in questi ultimi 3 anni.

Il nostro pietoso ricordo verrà espresso nelle necrologie che saranno pubblicate avanti alle nostre Relazioni.

Se abbiamo avuto il dolore di perdere due già Presidenti i Prof. Macewen e Depage, e 37 Soci non dobbiamo registrare se non rare dimissioni per ragioni di salute, ciò che ci rallegra assai.

L'animo scientifico e moderno insieme con le meraviglie artistiche del Paese deve il sì suona ci ha confermato la fede nei destini della vostra Nazione.

Grazie a tutti Voi Colleghi di Milano, di Venezia, di Bologna, di Padova, di Firenze e di Roma per la vostra magnifica accoglienza.

Nella seduta amministrativa di Venerdì, vi parlerò delle decisioni del Comitato Internazionale.

Il numero dei nostri Soci il quale era di 775 a Londra è adesso di 982, prova della vitalità della nostra Società ancora accresciuta della presenza di 6 nuove Nazioni nel nostro seno, ciò che raduna oggi nella nostra Associazione 33 Nazioni.

Il Comitato Internazionale dopo la decisione presa a Londra vi proporrà Venerdì di invitare i chirurghi dei Paesi già nemici a riprendere parte attiva ai nostri lavori, quando saranno entrati nella Società delle Nazioni, a condizione di sottomettersi agli Statuti della Società.

Così avremo di nuovo un carattere completamente Internazionale.

Signore e Signori.

Non ho mai dubitato del successo di questo 7° Congresso, per tuttavia quando l'anno scorso abbiamo deciso col vostro tanto distinto Segretario, il Sig. Prof. Dominici, all'attività ed al talento del quale mi fo un dovere di rendere omaggio pubblico, l'organizzazione di queste Riunioni, non speravo un tale entusiasmo. Prevedevo 300 adesioni, e questa cifra è più che raddoppiata. Il sole d'Italia ha una attrattiva senza pari. I lavori che i Maestri della Chirurgia odierna illustreranno

dinanzi a voi giustificheranno il successo di questo Congresso il quale segnerà una tappa decisiva nei progressi della chirurgia.

Grazie a tutti i Relatori.

Carissimi Colleghi.

Dobbiamo deplorare l'assenza del nostro decano il Prof. Keen di Filadelfia, il quale fu da 21 anni uno dei più assidui ai vari Congressi. I suoi 89 anni impediscono il lungo viaggio.

Carissimo Prof. Giordano.

Confidandovi coll'unanime applauso la presidenza di questo Congresso la nostra Società ha voluto testimoniare ad uno dei Soci fondatori la sua particolare stima per la vostra personalità, il vostro valore come chirurgo, la vostra alta probità scientifica eguali a quelle dei Lucas-Championiere, dei Kocher, dei Depage, dei Macewen. Nessun nome poteva riuscirci più grato perchè Voi personificate ai miei occhi le due qualità del chirurgo : la bontà e la superiorità professionale e scientifica. Sono convinto che sotto la vostra direzione il massimo successo è assicurato all'attuale Congresso.

★
★ ★

Discorso del Presidente, Prof. Giordano

Eccellenze !

Signore e Signori !

Quando su la spianata del Quirinale sostiamo mirando quelle antiche sculture equestri, vediamo le invisibili redini colle quali i domatori rattengono i focosi destrieri.

Con visione più acuta e più lontana, noi Chirurghi qui convenuti da tutto il mondo abbiamo ambito che, come era avvenuto nei precedenti Congressi di Bruxelles, di Londra, questo Congresso fosse posto sotto l'Alto Patronato di S. Maestà il Re d'Italia e la Presidenza onoraria di S. A. Reale

il Principe di Piemonte, studioso e colto. Onde il nostro primo rispettoso saluto va alla Maestà del Re, consenziente, pur se per contingenze dell'ultima ora assente, ma presente per noi, che, come dicevo, con veduta lontana rivediamo la via luminosa che risalendo per i secoli ci riporta alla visione dei Re savii, alle cui mani fu riservata nei tempi remotissimi l'arte nostra : *arte regale*. - E rivediamo le straordinarie funzioni con cui i Re di Francia e di Inghilterra, toccando con le mani, guarivano le scrofole. E pareva che quella azione della mano fosse veramente opera *chirurgica* : ma in verità la azione fisica diventava azione psichica, con quella possanza imponderabile ed incommensurabile per la quale, negli anni della formidabile guerra, abbiamo visto noi tra le pietre aspre e la mota sanguigna del Carso, voi, valorosi Colleghi Belgi, tra il fango dell'Iser e le sabbie delle rive dell'Oceano, guarire con attività più rigogliosa le ferite di quei soldati che avevano la fortuna di vedere il loro Re — il Re Vittorio nostro, il Re Alberto vostro — avvicinarsi ai loro letti.

E a noi stessi, ai quali un volgo — un vasto volgo ! — vorrebbe attribuire soltanto le qualità di operatori manuali, a noi, la cui mano non agisce se non sotto la imperiosa vigile propulsione e direzione della mente tesa nello sforzo più continuo e solenne, a noi riesce tanto meglio l'opera visibile quanto più possiamo infondere nei nostri operati un po' di codesta forza invisibile ed imponderabile per cui essi si convincano a voler guarire.

A Voi, onorandi Colleghi, depositarî tutti di un po' di codesta potenza psichica guaritrice che vivifica l'opera audacemente prudente e mirabile delle Vostre mani, va in quest'ora, per la quale avete voluto riservarmi l'onore più grande che possa ambire un chirurgo, va il sentimento della mia fraterna riconoscenza, trepida riconoscenza, se penso che l'onore è accresciuto per la eccezione alla regola che i nostri Congressi abbiano un Presidente non appartenente alla nazione nella cui capitale essi di volta in volta si radunano.

Ma forse avete sperato, ordinando che io Italiano avessi a presiedere il Congresso indetto in Roma eterna, udire un'eco dell'anima latina ridesta che alta vibra attraverso alla vivace terra italica :.... che vibra un po' nel cuore di Voi tutti,

dispersi figli della gran madre Roma. Il che testimoniaste pur dianzi, col gesto nobile e caro, che voi in comunione coll'anima italica condusse davanti all'*Ignoto Milite*, quasi a deporre su quell'ara l'angoscia che torturava noi Chirurghi quando non potevamo strappare alla morte un ferito.

Appena designaste or sono tre anni, Roma a sede del VII Congresso della nostra Società, il Nestore della nostra Compagnia, ricordato anche ora dal D^r Mayer, il compitissimo nostro Segretario generale, il venerando presidente del V Congresso, e solo sopravvivate dei sei che mi precedettero, il prof. KEEN, ebbe a scrivermi, che e egli oggi fosse per essere vivo, e fosse per consentirglielo il cuore, la cui fibra non era più quella di 50 anni prima, alla diana battuta da questi Colli egli sarebbe per rispondere : « *Adsum !* »

Scribens vero latino verbo usus est, quippe qui antiquae genitricis jussu coactus locutus esset : πολυμαστοῦ (ut Graeci dicunt) genitricis : quare nulla nostrarum civitatum gloriari se incunabula fuisse italicae chirurgiae potest : plurimae autem regalem hanc scientiam aequa vi alebant. Vos ergo, ad priscas artis nostrae fontes memores festinantes, non directe Romam, uti in ceteris conventibus urbem caput regni, petistis : sed et ceteras urbes chirurgicis monumentis praeclaras visitare peregrinantes voluistis. Et, ut memoriam tantum commoveam rerum in quibus studia nostra hic nitenda sunt, iter instituistis *Mediolani*, a qua coactus *Lanfrancus* in Galliam transportatus fuit : eique, ut eruditissimus vir *Haller* aiebat, « omnis chirurgia Gallorum debetur ». Et, inter alia, scientiam et regimen vulnerum in capite « per experimenta, quae non fallunt » docuit, « levissime operare » in capitis chirurgia jubens.

Venetias deinde petistis : et quid autem de aequorea nostra Urbe vobis dicam ? quæ tutum refugium doctis viris fugientibus Bysantii ruinam fuit priscis temporibus, et deinde per multa saecula omnibus etiam intolerantiam libertatis et ignorantiam undique Europae discedentibus. Ab antiquo sanctissimum templum Anatomiae Venetiae urbs Chirurgiam aluit et roboravit : et, inter ceteros, doctissimum virum *Andream a Cruce* genuit, « *Chirurgiae operis absoluti* » auctorem : apud quem sententias et instrumentorum figuras

ad calvariam terebrandam, quæ etiam nunc sunt in honore, mirari potestis. Nec profecte, Andreas a Cruce Lanfranci opus in chirurgicis operationibus tantum perfecit : sed etiam prudentissima huius consilia in cancro curatione repetebat. Quotiescumque enim « tumor cum omnibus suis radicibus extirpari » nequiverat, monebant ne chirurgus eum lacessere et excandefacere auderet, admovendo medicinam quæ vulneret illum. Hoc enim, admonebant, non est nisi mortem accelerare infirmi, et in sua breviate vita illum ponere in tormento. Videatis, quæso, hodie ne quoque antiquorum istorum magistrorum monitum sit vindicandum novissimis medicamentis, interdum etiam miro illo, quod *radium* appellamus, et cuius medendi vi in uteri carcinomate peritiores fieri desideramus.

Eadem, quam hodiernæ opportunitati nixus jam dixi, causa neminem principum Chirurgorum, quorum gratia *Padua* cunctæ Europæ magistra fuit, hic nuncupare velim : quoniam autem nobis in hoc conventu, inter cetera, de *hepatico abscessu* disputandum est, honoris causa *Petrum de Marchettis*, philosophum ac medicum patavinum, equitem divi Marci, in Patricio nostro Gymnasio Chirurgiæ professorem, me commemorare gaudeo quare « tumores jecoris suppurantes in gibba potissimum eiusdem parte tute secari » docuit, et « evacuata prius tota materia purulenta, turundarum ope, necnon cannulis plumbeis citius et commodius expurgabat, et multos sanabat ».

Bononiam deinde, aliam matrem studiorum, cum advenistis, vetusta monumenta magnorum virorum, qui Chirurgiæ instauratores extiterunt, reverenter, facile opinor, seri vosmetipsi discipuli, mirati estis. Horum autem virorum doctrinæ et praxi amplissimæ leviter tantum attingam de positione qua innitebantur fundamentum de variis sedibus morborum in cerebro. Lanfrancus singulas facultates opinabatur quasi in propria domo stare in suis cellulis in cerebro. Sed « somnare idiote » dicebat qui amitti possit una de cellulis et homo tamen salvari ferebant. *Theodoricus* vero scivit hominem cuius una cellularum e cerebro tota evacuata fuit, tandem per magistrum *Hugonem* sanatum : « et cum cellula remomerativa fuisset », saucius, qui erat factor sellarum, cum memoria artem suam amisit.

Nunc autem miramini *Platearii*, Salernitani Magistri, doctrinam : apud quem legere possumus « mania infectio esse » (quam Graeci ἀπρᾶξιμ dicebant) « anterioris cellulae capitis cum privatione imaginationis » : immo vero etiam maniaci isti curandi causa operari quire, et, quod dignius notione videtur, cum, quam hodie praedicamus *localis anesthesiae*, auxilio : « Gump inciduntur maniaci, prius inungantur *aurea* et postea in loco incidendo ponatur in magna quantitate secundum formam instrumentorum, si rotunda debet esse incisio, ponatur pilula magna super locum qui debet incidi, si capistrata, fiat quaedam longitudo in modum magdaleonis, et apponatur loco incidendo, et super ipsum fiat incisio ».

Bononiensis etiam fuit *Leonardus Fioravanti*, quem *Crato a Kraftheim* « nebulonem pessimum » non aequa sententia dixit. Nebulo magnificus, qui chirurgiam pluriman et felicem in Sicilia, in Africa, Neapoli, Romae, et demum longa aetate Venetiis exercuit : cui ingenuam descriptionem debemus lienis exsectionis quam cum sene circulatori *Andriano Zaccarello* Panormi peregit ; cuius memoria mansit demonstrando *splenectomiam fieri posse*.

Enimvero *splenectomia* haud difficulter fieri posse adhuc confirmabat *Florentiae Josephus Zambeccari*, cum « experimentis circa diversa e variis animalibus viventibus exsecta viscera » ab ipso ad illustrissimum dominum *Franciscum Redi* anno 1680 epistola scripta atque dicata explanatis.

Ex suggestu tanti itineris *Romam*, eruditi et politissimi viri ! convenistis. Ego quidem huic audire vos quam ipse loqui malo. Pauca ergo de chirurgis, quos Romae fama attraxit, quorum fama Roma refulsit. In Urbe enim vixerunt, aut saltem constiterunt doctissimi totius Italiae chirurgi : *Berengarius Carpensis*, *Marianus Sanctus*, *Johannes a Vigo*, *Michelangelus Biondi*, *Caesar Magati*, aliique multi, huc discendi aut docendi causa arcessiti.

Cosmopolis enim fuit antiquis temporibus Roma mundo : et nos hodie, hospites hoc loco inter omnes solemni, quam plurimas agimus gratias pro liberalitate sua Senatori *Cremonesi*, quo gubernante Roma priscum non tantum, sed novum splendorem quaerit ac persequitur, novo Italico ordine dignum.

Non indigni, auspicor, Maioribus nostris quorum spiritus hic halitant, labores nostros uberrime profundendos in hoc conventu censeo : quo dimisso, vos auguror hinc discedere, non, inquam, uti patres vestri qui barbarum cognomen cum latino nomine commutabant, sed saltem cum latino corde. Quo pulsante, domus vestras reversuros per Umbriam sanctam transire dispositum est, feracem tellurem Sanctorum et medicorum. Nec alienum nostra arte vos *Assisium* visitare puto in septimis saeculariis divi Francisci, charitatis monstri mirabilis. Scientia nostra et ars charitate enimvero viviscit, quae si desit, *facta est ut aes sonans aut cymbalum tinniens*.

At si quis fortasse doleat quod charitas nostra nos non tegit contra contumelias et crimen ingrati animi vulgi, eum hortor, piusquam *Assisio* discedat, ut visat in *Propertianae Academiae* fornice *Marsyae* effigiem, qui dum excoriatus est attamen clamat « *potius sic quam non ausus* » !

In scientia et charitate ergo divina opera exercere jugiter viriliter audemus, vulgi, qui lubens nos excoriare gaudet, iniurias despicientes !

Transeundum deinde erit *Perusiam*, ex qua *Perusini* appellantur chirurgi celebres, inter quos *Paulus* et *Jacobus*, e *Rastelli* gente.

Perusiam caput, *Umbriae* jecur pene dicam, a quo mala et bona venerunt. Illinc enim, post *Trasimeni* pugnam, dira cupiditate repletus, *Hannibal* evolabat, animo volvens delere *Romam*. Illic autem *Dux* noster dilectissimus *Mussolini* vesperi stetit, et coram se *Assisium* fulgens miratus est, sicuti olim *Assisii* cives *Portiunculam* igne fulgentem mirati fuere. Illico statim urgente pietate pressus *Romam* profectus est, ad *Romam* servandam, *Italiam* grandiore tuendam, exemplum mirabile populis qui *anarchiae* periculo laborant.

Honori igitur nunc mihi est *Nomine* augusto *Majestatis Victorii Emmanuelis* tertii Regis nostri invictissimi, necnon bonarum artium cultoris et protectoris amplissimi, septimum hunc omnium gentium *Chirurgorum Conventum* inchoatum dicere.

A l'issue de la séance, au moment où, devant le portail du Capitole S. E. Benito Mussolini prenait congé des délégués, l'éminent chef du gouvernement italien fut victime d'un attentat criminel : une balle de revolver tirée à bout portant par Miss Gibson lui perfora le nez. La présence d'esprit du président du Congrès, qui d'un geste instinctif abaissa le bras de la meurtrière qui visait la tempe, transforma heureusement en un accident bénin l'acte d'une démente qui, sinon, eût pu priver l'Italie du cerveau génial auquel elle doit son admirable essor actuel. Des télégrammes de félicitations des chefs de tous les Etats du monde, des manifestations enthousiastes de toute la population d'Italie montrèrent une fois de plus au « Duce » la haute estime en laquelle le tient l'Univers tout entier. La Société internationale de chirurgie chargea son bureau de déposer une adresse au ministère des affaires étrangères et les femmes des congressistes y adressèrent de nombreuses gerbes de fleurs.

PREMIÈRE SÉANCE SCIENTIFIQUE

MERCREDI 7 AVRIL 1926, à 14 heures

Curiethérapie du cancer utérin

Sous la présidence du Prof. GIORDANO, de Venise

En ouvrant la séance, le professeur Giordano exprime la joie des congressistes que le président du Conseil des Ministres eût si heureusement échappé à l'attentat dont il a été victime le matin ; les soins qui lui ont été immédiatement prodigués par les chirurgiens qui l'entouraient, permettent d'assurer que la plaie sera guérie en peu de jours. (*Applaudissements.*)

M. REGAUD, de Paris, résume son rapport (vol. I, p. 35).

M. RECASENS, de Madrid, étant absent, le D^r Mayer donne lecture de ses conclusions (vol. I, p. 197) (1).

M. PESTALOZZA, de Rome, expose les conclusions de son travail (vol. I, p. 252).

M. FORSDIKE, de Londres, en s'aidant de projections lumineuses commente les conclusions de son rapport (vol. I, p. 245).

(1) Les nombreux amis du professeur Recasens seront heureux d'apprendre qu'il est bien rétabli de la maladie qui l'avait empêché d'assister au Congrès.

M. HARTMANN, *de Paris, prend la présidence de l'assemblée.*

Curiéthérapie du cancer utérin

Prof. BEUTTNER, Genève

Vous avez bien voulu me demander un rapport sur la Curie-thérapie du cancer utérin, rapport basé sur les expériences des gynécologues de langue allemande.

L'absence de standardisation dans les statistiques de cette affection rendait l'étude malaisée. Le Professeur Winter fit accepter par la Société allemande de Gynécologie, à son Congrès de Heidelberg de 1922, un projet de statistique du cancer utérin ; mais il est nécessaire que les principes d'un tel projet soient adoptés dans tous les pays où l'on étudie sérieusement le traitement du cancer utérin. Et ce ne sera que dans plusieurs années qu'une telle étude portera tous ses fruits.

CANCER DU COL

Pour établir notre rapport, nous nous sommes basé sur des publications inspirées, plus ou moins, par les principes de statistique de Winter. Les cliniques de Bumm, à Berlin ; de Döderlein, à Munich ; de Kehrer, à Dresde ; de Menge, à Heidelberg ; de Forssell, à Stockholm, et celle de Genève sous ma direction, ont publié les résultats obtenus par la Curie-thérapie, seule dans le cancer du col. Ces résultats ne le cèdent en rien à ceux de l'intervention chirurgicale.

D'autres cliniciens, au contraire, suivent l'exemple de Wertheim, de Vienne, qui jusqu'à sa mort, resta fidèle à la méthode opératoire. Citons parmi eux : Franz, à Berlin, et Baisch, à Stuttgart. Ce dernier fait suivre l'acte chirurgical d'un traitement post-opératoire par les rayons de Röntgen.

Un fait très suggestif mérite de retenir notre attention : Plusieurs des chirurgiens-gynécologues d'Allemagne, parmi les plus réputés, comme Bumm, Döderlein, Krönig, Menge,

et d'autres, ont complètement ou presque complètement abandonné le bistouri pour le Radium dans la lutte contre le cancer du col.

Si nous considérons maintenant les suites de l'opération radicale abdominale pour cancer du col, une constatation s'impose : La mortalité primaire a sensiblement baissé dans les cliniques qui disposent d'un matériel opératoire considérable, mais ce phénomène heureux n'a pas eu lieu dans les cliniques plus modestes. Les chefs de ces services seraient bien inspirés en vouant toutes leurs forces au développement de la technique de la Curiethérapie, et cela dans le seul intérêt de leurs malades. N'oublions pas, en effet, que l'opération radicale abdominale a derrière elle un demi-siècle d'expériences, tandis que la Curiethérapie est encore dans ses années d'adolescence. Malgré son jeune âge, elle rend dès aujourd'hui les services équivalents à ceux de son aînée, l'intervention chirurgicale.

CANCERS DU COL INOPÉRABLES

On peut discuter l'opportunité d'une opération dans les cas de cancer opérables, dont le Radium, pour le moment, guérit une forte proportion. Quant aux cancers inopérables, ils ne relèvent que de la Curiethérapie. Dans la clinique du Professeur Döderlein, on a noté jusqu'à 13 % de cas guéris.

Le Radium a transformé le sort des femmes atteintes de cancer du col inopérable, tant au point de vue de la survie, qu'au point de vue des pertes et des douleurs. On s'en rendra compte en parcourant, dans mon rapport, l'aperçu comparatif de la période des moyens palliatifs (fer rouge, etc.), opposée à la période actuelle (radium).

CANCER DU CORPS

Quant au cancer du corps, presque tous les gynécologues s'accordent pour recommander l'intervention chirurgicale. On a cependant publié d'excellentes résultats dûs à la Curie-thérapie seule. Cette question mérite d'être étudiée de très près, car elle a une importance psychologique considérable.

Le jour où le Radium remplacera le bistouri, tant pour le cancer du corps que pour celui du col, nous aurons le droit et le devoir d'enseigner au public féminin que le cancer utérin peut être définitivement guéri sans intervention chirurgicale. Et ce sera un formidable pas en avant. Les malades ne seront plus retenues par la peur d'une opération, combien dangereuse, et consulteront le médecin en temps utile. L'opérabilité sera sensiblement augmentée, et avec elle la proportion des guérisons.

COMPLICATIONS ET MORTALITÉ DE LA CURIETHÉRAPIE

La curiethérapie a pu provoquer des troubles divers : Altérations de l'état général, nécrose du rectum, formation de fistules, etc. Ces complications deviennent de plus en plus rares à mesure que se développe notre technique. Quant à la mortalité, elle est à peu près nulle ; et ceci est un avantage considérable sur l'opération de Wertheim, surtout, comme nous le remarquons plus haut, pour les cliniques où cette intervention n'est pas courante.

TECHNIQUE DE LA CURIETHÉRAPIE

La technique de la Curiethérapie est en plein développement. Chacun cherche à perfectionner les méthodes actuelles, dans la mesure de ses possibilités.

A la clinique gynécologique de Genève, nous avons institué, comme première phase de tout traitement par le radium, l'injection intra-veineuse d'Emanation.

Nous étudions actuellement aussi le traitement sérologique préparatoire des malades jeunes, par l'injection de sérum de femme âgée.

J'ai dit.

*
* *

M. J. L. FAURE *prend la présidence de l'assemblée.*

**The treatment of inoperable carcinoma of the cervix uteri
with radium**

by MALCOLM DONALDSON (Londres)

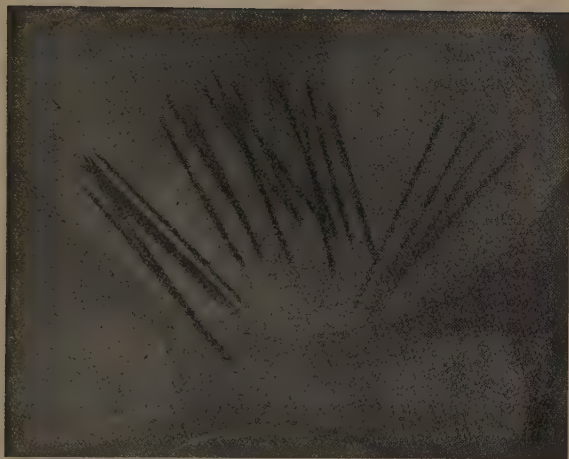
INTRODUCTORY REMARKS

The object of the present paper is to report the work done during the last 4 $\frac{1}{2}$ years in the Gynaecological Department of St. Bartholomew's Hospital, London, concerning the treatment of inoperable carcinoma of the cervix uteri with radium, and to discuss the results obtained.

Although it is common knowledge that malignant disease disappears locally under the influence of irradiation, the interest shown in the subject by the majority of surgeons is not as great as might be expected. Possibly the reason for this indifference is an imperfect knowledge of the technique required and of the physical properties of radium. Too often I have heard surgeons remark that they did not believe in radium. On further questioning it appeared that they had treated perhaps one or two cases by putting a tube of radium for a few hours in an almost moribund patient, and naturally no result was obtained.

There is, moreover, a widespread impression that the introduction of radium is an empirical measure and that there is no need for the operator to bother about the amount he is putting in or the time for which it shall remain there. It is quite common to hear a surgeon say that he has had his radium sent by post from an Institute, and he relies upon the Institute (who have never seen the case) to supply him with what is necessary. He does not even realise that he is using emanation and not radium salt, and when this is pointed out to him enquires innocently : — « What is emanation ? »

It cannot be too emphatically stated that radiotherapy is a science of which the laws are at present little understood, and that for their elucidation they need the expert knowledge and research of physicists, chemists, biologists and clinicians.



Skiagram of needles placed in position per viginam. The shorter needles grouped in the centre are encircling the cervix. The longer needles on either side are in the base of the broad ligaments.

The one fact that is proved beyond doubt is the local disappearance of the malignant neoplasm.

The treatment of malignant disease of the cervix by means of radium has probably received more attention than that of cancer in other parts of the body. This would seem to be for three reasons : —

- (1) Because even an advanced growth remains localized.
- (2) Because carcinoma of the cervix responds exceedingly well to treatment.
- (3) Because, owing to its accessibility it is easy to observe clinically and by pathological methods the results of treatment from time to time.

One of the greatest difficulties in connection with radium therapy is the fact that nearly all the methods of technique at present employed are empirical. During the last few years a certain quantity of scientific data has been obtained concerning the biological action of radium, but the exact process by which the individual cell is affected still remains to be discovered. We know that the microscopic sections of irradiated tissues taken soon after exposure to radium prove that the malignant cells are damaged out of all proportion to the surrounding tissues ; in other words that the radium has definitely a selective action on new growth.

Our greatest hope of obtaining knowledge concerning the laws which are brought into play during the disappearance of malignant neoplasms lies, I think, in radiological experiments with tissue cultures, backed up by experimental evidence obtained from the treatment of animals which have been inoculated with malignant disease.

At Cambridge a team has recently been formed by Dr Strangeways with this idea in view. He and his co-workers have already contributed a valuable addition to our knowledge of the effects of irradiation on mitosis in tissue cultures of normal embryonic cells. They hope soon to discover the best technique for destroying cells in vitro by means of radium and X-rays, and then to carry out the same method on animals which have been inoculated with malignant tumours.

The difficulties of obtaining exact evidence of these biological laws purely from clinical data appear to be very great, owing to the many unknown and variable factors involved. On the clinical side the only hope of getting any useful data is the simultaneous trial of as many different techniques as possible, each observer confining himself to one line of treatment for a large number of cases.

Among the many urgent questions for which we are anxious to have an answer, the following would seem to be of primary importance :

1. *Is the effect produced the direct action of irradiation on the individual cell ?*
2. *Or is it due to the effect on the surrounding normal tissues, body fluids, blood, leucocytes, etc. ?*
3. *Is the alleged superiority of gamma rays due to any specific action of those rays, or is their use merely to convey energy to the deeper tissues, owing to their more penetrating power ?*
4. *If the total amount of irradiation remains the same, does a variation in the time factor produce an equal biological effect as that produced by a variation in the intensity ?*
In other words, does a small dose for a long time give the same effect as a large dose for a short time ?
5. *Is the general principle of burying needles in or around the growth superior to that of placing tubes of larger intensity on the surface of the growth ?*
6. *Is there any process of immunization set up by the malignant cells which are slowly dying after the radium treatment ?*

Some of these questions will be discussed in the following sections.

TECHNIQUE

During the period May 1921-December 1925 the technique employed at St. Bartholomew's has undergone many changes, but can be summarized as follows :

1. Irradiation, together with hysterectomy.

2. Irradiation for a period of 8 hours on one or more occasions.
3. Irradiation for a period of 24 hours on one or more occasions.
4. Irradiation for a period of 36 hours on one or more occasions.
5. Irradiation for a period of 48 hours on one or more occasions.
6. Irradiation for a period of 144 hours on one or more occasions.
7. Irradiation by one of the above methods, in addition to Daels's operation or by intraperitoneal insertion of radium.

Histological investigations have been carried out on every patient to prove the nature of the disease, and a full report of these findings has been included under that section.

Speaking generally, the method of irradiation has been the burying of needles in and around the cervix.

In the first series of cases, 100 mgms. of radium element in two tubes arranged tandemwise, with a filter of 0.5 mm. platinum, were inserted into the canal, and 13 needles each containing approximately 5 mgms. of radium element were buried around the cervix. The active length of these needles was 2 cms. and the filter was 0.4 mm. platinum. In the first seven cases the application was continued, for 6 hours on one or more occasions. In two of these cases a further application was given of 24 hours, and in one case a Daels's operation was also performed (See case n° 4 in Synopsis).

In the second series consisting of 30 cases, the same technique was carried out, but the irradiation was continued for 24 hours on one or more occasions. Two of these cases had longer applications subsequently. In addition to the 24 hours' irradiation, 8 cases of this series had Daels's operation.

In the third series, the irradiation was continued for 36 hours, the technique being otherwise the same as previously describer. This series comprised 7 cases, of whom 3 had Daels's operation in addition.

In the fourth series, comprising 7 cases, irradiation was

prolonged to 48 hours. This short series occurred over a period when changes were being made with the radium, and therefore the amount of radium element used in each patient varied somewhat, the dose being in the majority of cases less than the full 165 mgms.

In the fifth series, consisting of 64 cases, all had applications of more than 48 hours on each occasion. Most of these had applications of 144 hours, and one had an application for 180 hours. In the majority of cases having a long application, such as 144 hours, the technique differed considerably from that of the previous four series. In these cases the total number of mgms. radium element was reduced to 50 at one application. The radium was distributed in a greater number of needles, generally 20 or more, and the length of the needles was very much increased. The number usually employed and the exact dimensions were as follows :

Needles.	Length over all,	Active length. (mms.)	Thickness of wall. (mms.)	Each containing mgms radium element.	Outside diameter (mms.)
8	59 mms.	47.5	0.5 plat.	3	} 1.65
12	43 mms.	32.0	0.5 plat.	2	

In all cases the preparation of the vagina was the same, namely, douches for 2 or 3 days and picric acid 3 % in spirit at the time of the operation. Specimens for microscopic section were taken in every case where the patient was being irradiated for the first time, and in a considerable number of patients in the early series further sections were obtained at subsequent applications. The insertion was carried out under general anaesthesia, the patient being in the lithotomy position.

In addition to the above methods we have sometimes employed two other methods of technique in the hopes of getting the radium to the distant parts of the growths ; these methods are :

- a) That described by Daels of Ghent.
- b) The intraperitoneal method devised at the Radium Institute of Brussels.

TECHNIQUE FOR OPERABLE CASES

The cases on which a Wertheim's hysterectomy has been performed are only of interest from a histological point of view. The usual routine is to give one dose of radium and three or four weeks later to perform a hysterectomy. During the period under discussion 23 cases have been so treated.

DISCUSSION ON DOSAGE AND TECHNIQUE

The question of the best dosage is a very difficult one indeed. The word « dose » really implies the product of the weight of radium the duration of exposure. This has been so taken for granted that many authors describe their dose as so many milligramme hours or millicurie hours, as the case may be. If this method of recording the dose is to be of any value at all, it must be assumed that :

- 1) Each cell receives the same amount of irradiation.
- 2) It makes no difference whether a patient is given a small dose for a longer time, say 50 mgms. for 24 hours, or a larger dose for a shorter time, say 100 mgms, for 12 hours.

The first of these assumptions in the case of radium is obviously absurd. We know that the effect of radium is extremely local, and that the intensity falls off rapidly as the distance from its source increases.

With regard to the second assumption, there is a considerably amount of laboratory and clinical evidence to show that the biological results are not the same in the two instances. Our own results in cases of carcinoma of the cervix show that the present technique of a small amount of radium for a long time, distributed in many needles, gives better immediate results than was obtained by a larger quantity of radium for a lesser duration.

From a series of cases in all of which needles have been buried it is impossible to answer the question that was put earlier, namely « *Is the general principle of burying needles in or around the growth superior to that of placing tubes of large intensity on its surface ?* »

By burying multiple needles there is no doubt that a more homogeneous field can be obtained, and at the same time the maximum mean intensity is brought to bear on any one cell. If two tubes are employed, with the same amount of radium as is contained in the 20 needles, the intensity of irradiation of the superficial cells is very great indeed, but the deeper cells receive but a small proportion.

If, therefore, we believe that the ideal is to get a certain minimum intensity to all the cells, it would seem (apart from any other consideration) that numerous needles would be far superior to a few tubes placed on the surface.

It is possible that the employment of large amounts of radium, e. g., 4 grammes, as is being done in Paris, will give a still more homogeneous field of sufficient intensity.

RESULTS

In speaking of the results of treatment of malignant cases, it is customary to judge by the number of patients who are living at the end of five years. This method is of great value in comparing the radiological treatment of operable cases with the results obtained by operation. It has, however, certain disadvantages when dealing with inoperable patients. In this class there are so many degrees of inoperability that judgment formed solely on the number of patients living five years or more is liable to give an erroneous impression of the value of irradiation as a palliative measure, and is no doubt partly responsible for that lack of interest which was mentioned earlier in the paper. Moreover, if too much attention is paid to the statistics of duration of life, investigators become discouraged and are deterred from investigating improved methods of technique, or tend subconsciously to confine themselves to the cases which are most likely to give good results.

We at St. Bartholomew's treat practically any case, the only exception being those cases where fistulae are already present.

In future we have decided to keep a record of the following classes of case presenting themselves at the Hospital :
1) *Untreatable*, 2) *Inoperable*, 3) *Borderline*, 4) *Operable*.

By keeping an accurate record of the cases considered untreatable it will be possible to meet the obvious criticism that cases are selected, and do not represent those genuinely inoperable. That is to say, if the number of untreatables is small it is obvious that the percentage of operables and inoperables can be compared with those in other institutions.

In order to have some standard by which it may be possible to gauge the relative merits of different techniques, the writer has divided his results under the following headings :

1. The disappearance of those symptoms and signs that have a definite « end-point ».
2. Duration of life, and general condition of patient.

Disappearance of Symptoms and Signs

Under this heading three factors have been noted :

a) Haemorrhage.

In 105 cases where this symptom has been noted before treatment, in 89, i. e. 84.7 %, haemorrhage disappeared entirely within a few weeks, and if it returned at all did so a short time before death.

b) Growth.

In 49 cases where cauliflower-like growth was present before treatment, in 40, i.e., 81.6 %, it disappeared entirely.

c) Ulceration.

In 80 cases where the growth took an ulcerative form (in contradistinction to the hypertrophic or cauliflower-like form), in 52, i.e., 65 %, it disappeared entirely, either temporarily or permanently.

Duration of Life and General Condition of Patient

Of 115 cases treated from May 1921-31st Dec. 1925, 96 were hopelessly inoperable, 6 were borderline, 11 were operable but for various reasons were not operated upon. In two cases part of the original notes were lost.

Of these 115 cases, 40 are living and 75 have died. As, however, some of these living patients have only been treated

for a few months, the real facts are better expressed by taking those cases who were treated more than a year ago. These comprise 87 cases in all.

Of these 87 cases, 74 were hopelessly inoperable.

Of these 74 inoperables, 14 are living after one year or more, making 18.9 %. Of these 14, one has lived for 57 months, one for 50, one for 29, two for 25, three for 19, two for 16, one for 15, two for 13 and one for 12 months.

Of 6 borderline cases treated, one has been living for 27 months, one for 14 months, one died after 3 years, one after 12 months, one after 10, and one after 7 months.

Of 5 operables treated, one has been living for 23, one for 14, and one for 12 months. One died after 18 and one after 11 months.

Of those two cases part of whose early notes were lost and who therefore cannot be classified, one is living after 31 months ; the other died after 16 months.

Taking these 4 classes, comprising 87 cases, there are 20 living for one year or more, making 22.9 %.

Of the 67 cases treated a year or more ago who have died, 19 lived one year or more, one of these 19 lived for 4 years one month, one for three, and three for two years or more ; the remaining 14 lived for a year or more. One inoperable case who lived for 2 years died of another diseases, and at the postmortem no malignant disease could be discovered.

All the 19 were very materially benefitted for a considerable time, and there is very little doubt that their lives were prolonged. Of the rest, 34 were benefitted and made more comfortable, but there is no evidence that their lives were prolonged. Of the rest, to 8 it did no good whatever, and in the case of five it is quite possible that it did harm. Of the 87 cases, therefore, all but 13 received some benefit, making 85 % to whom the treatment was of value.

It is of considerable interest to compare the percentage of cases living for one or more years after :

- a) 24 hours' treatment, and
- b) the recent technique with 144 hour's treatment.

The former shows a percentage of 38.7 %, the latter a percentage of 58.6. Although the numbers are, of course, small for any real comparison, yet there has been no difference in the choice of case, as can be seen by the fact that among the long doses at least four died within six months.

DISCUSSION OF RESULTS

It is obvious from the results detailed above that in the majority of cases the growth disappears locally, but continues to increase in the deeper parts, with fatal results to the patient. This spread is especially noticed along the uterosacral folds and round the rectum. This failure to affect the deeper parts brings up the question *whether the effect produced is due to direct action of irradiation on the individual cell?* If it is so, it is obvious that the problem is largely a physical one, namely, how to get the optimum irradiation to every malignant cell in the pelvis.

The evidence in support of this would be firstly, the local effect of the radium, secondly, the histological picture after irradiation, which shows that malignant growth is affected far more than the surrounding connective tissue, and rapidly breaks up and is absorbed. On the other hand there is considerable evidence that all-important biological laws are also involved; for instance, the same type of malignant growth in different parts of the body reacts very differently to irradiation. Carcinoma of the vulva is not nearly so easily affected as carcinoma of the vagina and cervix. This suggests that environment plays a very important part in the resistance of the growth.

Again, it has been suggested by some observers that in the case of X rays, irradiation of the growth in one part of the patient's body will have a definite effect on cells growing in another part.

Moreover, experiments done by Russ of the Middlesex Hospital, London, suggest that the dying cancer cells raise the resistance of the animal to malignant disease.

The production of an artificial menopause by irradiation is also interesting, and possibly throws some light on the dis-

cussion. This therapeutic measure is carried out on hundreds of patients annually, and it is a common experience to find that the patient has one or possibly two periods following irradiation, before the menopause is produced. It is possible that the most mature Graafian follicle in each ovary is not affected by the irradiation, but the function of the younger follicles is completely destroyed. This suggests that it is the state of these younger cells that makes them particularly susceptible to even small intensities of irradiation.

My own opinion can be summed up as follows. That successful treatment is conditional on at least two factors ; one, physical, that is the necessity of getting a homogeneous irradiation throughout the pelvis with an intensity above a certain minimum. Secondly, that there is a very definite biological factor which necessitates the continuance of exposure for a prolonged time, and possibly much longer than we have been wont to give.

The fact that the histological results (*vide infra*) show the growth at a distance from the radium to be unaffected, although irradiated even for 24 hours' exposure, suggests that a certain minimum intensity is essential. What that minimum is, we do not at present know, and it is possible that it varies with tumours situated in different parts of the body.

In addition to these factors there must be a resistance factor, about which we are completely ignorant.

HISTOLOGICAL FINDINGS

At the commencement of this investigation my colleague Dr Canti, undertook a study of the histological changes produced in the malignant cells. He noted considerable changes in sections taken on the days immediately following irradiation. On the first day that the radium was removed, the tissues showed very few mitotic figures. (This drop in the number of cells in mitosis can be easily demonstrated in tissue cultures where the cells can be continuously observed during irradiation. Under these conditions it is found that while the radium is *in situ* mitosis ceases altogether, but returns after the exposure is finished). Sections taken on the third and

fourth days show abundant mitosis, but nearly every cell shows abnormalities of one kind or another. For the most part the abnormalities consist in irregular mitosis. This is so marked in some cases that at first sight it is difficult to realise that they are really in a state of mitosis. The nucleus in a few cases shows well-marked multipolar division, and in others occasionally scattered threads of chromatin. In other cells the chromatin had almost entirely disappeared, the spindle figures alone being seen. In some areas which, we believe, were in close proximity to the tube of radium, there was marked necrosis and complete loss of power to take up nuclear stain. From the seventh day onwards no mitosis of any kind was observed. The nuclei appeared to be broken up, the chromatin being distributed throughout the cytoplasm as droplets or irregular particles. In yet other cells nuclear staining was no longer visible. In subserial sections taken from hysterectomies four or five weeks after treatment, in the majority of cases no carcinoma cells were found and in those in which growth was still visible it was so altered that it is difficult to believe that the cells could survive and divide again.

It is important to note that some of the iliac glands removed at the time of hysterectomy show carcinoma quite unaffected by the irradiation. This is not altogether unexpected, when one realises that the intensity of irradiation diminishes rapidly as the distance from the radium is increased. For instance, if a needle 15 mm. long, having a wall 0.5 mm. thick, be placed in the cervix, a cell 5 cms. away will be subjected to an intensity which is *one-thousand* times less than that received by another cell touching the same needle.

CONCLUSIONS

1. — Consideration of the foregoing data leaves us no room for doubt that as a palliative measure in cases of carcinoma of the cervix uteri, radium treatment has more than justified itself.

2. — That there are at least two factors to be taken into account in discussing the technique to be employed :

a) *The physical factor*, and in the opinion of the writer it

would seem that a homogeneous irradiation of the whole pelvis is essential.

b) *A biological factor* about which our knowledge is at present very imperfect.

3. — There is histological evidence that the radium has a specific action on malignant growth, or other quickly dividing cells.

★
★ ★

Curieterapia del cancro del collo uterino e del canale cervicale

Prof. V. ARTOM di Sant'Agnese

Le direttive della curieterapia seguite nella clinica ginecologica di Roma sono già state indicate dal Prof. Prestalozza nella sua relazione.

Per il cancro operabile del collo uterino e del canale cervicale la chirurgia fornisce in abili mani risultati sino ad oggi non inferiori a quelli della curieterapia. La quale non troverà qui perciò il suo principale campo d'azione, ma potrà solo intervenire come complemento, per preparare condizioni operatorie migliori e per completare ed assicurare l'effetto dell'atto chirurgico avvenuto, o per contribuire a ridurre l'importanza dell'intervento chirurgico stesso.

Ma il campo vasto della curieterapia è rappresentato dai carcinomi inoperabili, quelli che vengono assegnati, nelle categorie generalmente accettate per stabilire la estensione del male, al III e al IV posto.

La III è la categoria dei carcinomi che han già attaccato i parametri, limitando la mobilità dell'utero, quelli per i quali anche l'ardito chirurgo J. L. Faure, così convinto assertore della operazione, quando vi siano buone condizioni per farla, scrive : « mieux vaut en général s'abstenir, et les opérations faites dans ces conditions montrent presque toujours que les

lésions sont plus étendues encore qu'on ne s'attendait à les rencontrer » ⁽¹⁾.

Salvo casi isolati, sin dal principio della mia attività curieterapica ho rivolto la mia attenzione esclusivamente a questi carcinomi ed agli altri più avanzati ancora della IV categoria, quelli in cui la infiltrazione neoplastica ha già invaso largamente i tessuti periuterini, dove l'utero è rigido, fisso, murato tra i tessuti; dove si riscontrano le vaste ulcerazioni saniose che han sostituito il collo e la volta vaginale; dove si hanno i dolori lancinanti della regione soprapubica o della regione sacrale e già nei visceri prossimiori, il retto e la vescica, appaiono disturbi funzionali, signi premonitori della invasione iniziante: e v'è il decadimento della nutrizione e delle forze e la scomparsa dei colori fiorenti, che fanno luogo alla tinta paglierina.

Il numero dei casi osservati non è disprezzabile perchè raggiunge i 540 dei quali 413 curati esclusivamente con sostanze radioattive e 127 con le stesse sostanze unitamente ai raggi X; e l'esperienza è lunga ormai, perchè risale all'aprile 1914. I casi misti radio e raggi X, per i quali della parte radiologica si è occupato il Prof. Bolaffio, sono degli ultimi 5 anni.

Parlerò prima dei casi curati con sostanze radioattive.

Tecnica: ho usato dapprima fino al 1920 mesotorio, poi anche radio, indifferentemente l'uno o l'altro. Il concetto direttivo è stato di colpire forte entro breve periodo di tempo; 3-4 applicazioni della durata di 24 ore ciascuna distribuite in 15-20 giorni: dose 50 mmg. Ra. El. per volta: possibilmente un focolaio intracervicale, o intrauterino e focolai in vagina per i fochi incrociati. Filtrazione per il mesotorio di un mm. di ottone, per il radio di un mm. di oro platinato: inoltre tubo esterno di para per la radiazione secondaria.

Nelle applicazioni in vagina inclusione del preparato in un sughero involto in foglio di para.

Ho sperimentato la radiopuntura con aghi di platino carichi di sale di radio. Ma non mi pare che questo metodo sia di alcuna utilità nei cancri del collo, salvo che per distruggere rapidamente le vegetazioni nelle forme a cavolfiore.

(1) J. L. FAURE: Cancer de l'utérus. Bibliothèque du cancer. Doin.

Gli aghi mi sono invece stati utilissimi in altre applicazioni ginecologiche, precisamente in cancri della vulva.

Ho detto che ho sempre cercato possibilmente di utilizzare un focolaio intracervicale o intrauterino ; ma ove il far questo richieda una dilatazione del canale cervicale me ne astengo oggi, per lo meno per le prime applicazioni. Lo facevo nei primi tempi sistematicamente ; ma in seguito a due incidenti occorsimi vi ho rinunciato. Vero è che nella maggioranza dei casi, trattandosi di forme già avanzate con distruzioni estese dell'orificio uterino e del canale cervicale non riesce difficile introdurvi un tubetto senza forzare in alcun modo. Ma se si trova resistenza può accadere di determinare fenditure nel tessuto rigido e friabile, pericolose, non per la emorragia facilmente dominabile, ma per lo stato di setticità dell'ambiente : ho perduto una paziente per una rapida infezione insorta in questo modo. E può anche accadere, tentando con i dilatatori di Hegar di farsi strada attraverso un collo assolutamente fisso e che non scende affatto, di perforarlo ed aprire il peritoneo, con inevitabile sepsi, dato il terreno ; come precisamente è accaduto in un altro mio caso. Perciò nei casi in cui il preparato non possa essere facilmente introdotto nel canale cervicale trovo preferibile cominciare con applicazione vaginale, e solo più tardi procedere ad una dilatazione, quando l'ulcerazione si sia detersa.

Non faccio la abrasione preventiva delle masse vegetanti, dato che riesce così semplice distruggerle con una applicazione vaginale a contatto diretto delle vegetazioni stesse.

Per quanto si riferisce alle applicazioni della così detta radiochirurgia, ho sperimentato alcune volte la introduzione di tubetti attraverso incisioni praticate nei fornici vaginali o attraverso la parete addominale per raggiungere la profondità del parametrio. I vantaggi immediati che si possono ottenere sono qualche volta apprezzabili, in ispecie in casi di dolori tenaci degli arti inferiori per compressione di tronchi nervosi. Ma sono vantaggi transitori, perchè in questi casi vi sono già disseminazioni a distanza ; nelle ghiandole retroperitoneali, ad esempio. Inoltre questi metodi non sono scevri da pericoli per la vicinanza dei vasi iliaci e dell'uretere presso i quali si colloca alla cieca il tubo di radio. E mi è anche accaduto di

perdere una paziente per una setticemia originata da un focolaio suppurativo aperto con incisione attraverso la parete addominale per raggiungere una grossa propaggine di un carcinoma cervicale estrinsecatosi nel parametrio e già infettata attraverso i linfatici provenienti dal canale cervicale.

In complesso la tecnica da me usata non è mutata da quella dei primi anni, che già ebbi occasione di riferire nel 1920, dando relazione dei primi 6 anni di curieterapia. ⁽¹⁾

Vengo ora a parlare dei risultati. Dei 413 casi accennati sopra devo prenderne in considerazione soltanto 218, volendo escludere 25 casi di recidive e 170 casi che sono posteriori alla fine del 1920. Così che i 218 casi in esame sono tutti casi del collo e canale cervicale e non furon trattati altrimenti che con dell'utero. Atti Soc. Ital. di Ost. e Gin. Congresso di Pavia, 1920.

la curieterapia nel periodo 1914-1915 e 1918 fine 1920; e son quindi tutti nelle condizioni richieste dei 5 anni di osservazione, perchè si possa secondo la formula del Winter universalmente accettata, parlare di presumibile guarigione definitiva. Si osserva, è vero, che, passati i tre anni la massima eliminazione è già avvenuta; però è positivo che altre eliminazioni avvengono al IV e al V anno. Ho visto di recente una recidiva al VII anno dopo l'isterectomia, se pur si tratta in tali casi di recidive e non di nuovi cancri: quindi è bene attenersi al periodo dei 5 anni.

In questi 219 casi non faccio alcuno scarto, nè per morte sopravvenuta per altra malattia, nè per mancanza di notizie. E' da notare che è per noi difficilissimo ottenere a distanza notevole di tempo notizie sulle ammalate, le quali in massima parte provengono da piccoli centri, particolarmente dalle provincie meridionali, dall'Abruzzo, dalla Calabria, dalla Sicilia; oppure sono domestiche o donne di fatica che non è possibile seguire attraverso i vari mutamenti di domicilio avvenuti nei vari anni. Per quanto a tutte sia stato scritto per averne notizie recenti, hanno risposto in numero assai inferiore a 50 %. Consideriamo pure morte tutte queste donne, per quanto io sia convinto che ve n'è più d'una ancor viva, ancorchè non si sia fatta viva. Una per esempio, curata nel

(1) ARTOM DI S. AGNES: Sei anni di mesotorioterapia del cancro

'18, è stata incontrata per via per puro caso poco tempo addietro mentre non aveva risposto in alcun modo alle notizie richieste. Dal numero complessivo di 218 ne risultano vive 14, pari a una percentuale del 6.41.

Di esse :

5 sono dei primi casi curati dall'aprile '14 al maggio '15

3 sono del '18

2 » » '19

4 » » '20

14

Le prime cinque erano tutte vive ed in buona salute alla fine del '20 quando raccolsi le notizie per la mia prima relazione ed erano per tutte passati oltre cinque anni dalla cura.

Di esse due sono state da me viste di recente, perchè residenti in Roma, e godono buone salute ancora dopo undici anni.

La percentuale di 6.42 non è brillante, per quanto non sia la più bassa di quelle pubblicate : si deve però dire che non fu fatta alcuna scelta di malate, tranne qualche caso isolato in cui le condizioni generali erano tali da non voler neppure rischiare la reazione prodotta dalle applicazioni. Inoltre non tutte le donne fecero cura completa, ma alcune si eclissarono dopo una o due applicazioni. Per certo coloro che fanno una ragionevole cernita dei casi da curare possono avere dei risultati più brillanti : ma io penso che non si possa rifiutare a persona, che sa di essere prossima alla morte, il conforto di questo tentativo che essa o i parenti richiedono talora insistentemente come l'unica speranza di salvezza ; tanto più che si tratta di povera gente, perchè gli abbienti non giungono a questi estremi, senza aver tentato già tutto ciò che la scienza può proporre ; ed ai parenti dei morti non bisogna lasciare il dubbio doloroso che la povertà abbia affrettato la fine dei loro cari.

Inoltre alcuni dei casi guariti, precisamente due, uno del '18 ed uno del '20 erano casi avanzatissimi per la estensione delle lesioni locali e per le scadenti condizioni generali : le applicazioni di radio furono fatte senza convinzione alcuna di portare un sollievo ; e nel caso del '18 in particolar modo,

soltanto in seguito alle insistenze dei familiari, in donna già curata per più mesi con un vaccino specifico senza alcun risultato e ridotta alle iniezioni ripetute di morfina per calmare i persistenti dolori.

Sono questi casi che paiono vere resurrezioni a confortare da tanti insuccessi e spingere a perseverare in un cammino assai più cosperso di delusioni che di soddisfazioni.

Dei casi degli anni posteriori al '20 non parlerò per ora, benchè varie sopravvivenze vi siano.

Ma dovrò brevemente intrattenermi dei casi di questi 4 ultimi anni curati successivamente con il radio e con i raggi X. Sommano questi a 127 e i risultati non si possono ritenere definitivi; però possiamo notare dopo 2 anni una sopravvivenza di 35 donne, corrispondente al 27,6 %, percentuale elevata se si ricorda che si tratta di casi inoperabili e talora avanzati.

La sola radioterapia ha dato, nel medesimo tempo, dopo due anni su 130 pazienti 19 solo sopravvivenze, ossia il 14,3%.

Della tecnica usata posso dire che la dose di radio è stata la metà della consueta, ossia due sole applicazioni di 50 mg. Ra. El. per 24 ore ciascuna a distanza di 5-7 giorni, seguite dopo pochi giorni dalle sedute di raggi X, tre in tutto a breve distanza l'una dall'altra, per il valore complessivo di una e mezzo dose eritema.

La successione dei raggi al radio si è, contrariamente ai dubbi espressi dal Regaud nella sua relazione, dimostrata efficace come risulta dalle cifre riferite. Può darsi tuttavia che la successione inversa, radio dopo i raggi, dia risultati migliori e vale la pena di sperimentarla. La ragione per la quale non abbiamo fatto precedere i raggi è che questi hanno come immediata conseguenza dei disturbi generali di una intensità maggiore o minore, mentre le due sedute di radio riescono indifferenti. E' problematico se dopo ricevuta tutta la dose in raggi le pazienti saranno in condizione di sottoporsi con breve intervallo di tempo alle sedute di radio, e se, altra cosa importante dal punto di vista pratico, vorranno farlo, essendo ancora in stato di malessere e non si sottrarranno invece al completamento della cura o per lo meno non cercheranno di portar le cose in lungo.

Il concetto seguito nella associazione radioraggi è statto che il radio dovesse esplicare un'azione circoscritta ed abbastanza intensa sul collo uterino e le sue immediate vicinanze, mentre ai raggi X sarebbe riservata la zona più distante, i parametri sino alla parete del bacino. Questo stesso concetto ci ha guidato nelle applicazioni profilattiche post-operative.

Sperimentammo già la curieterapia consecutiva alla isterectomia. metodo al quale si fa l'appunto di essere un non senso, in quanto viene ad essere soppresso con l'utero asportato il migliore punto di appoggio per una irradiazione intensiva della pelvi. (1) L'utero è al centro della pelvi e le pareti relativamente spesse del canale cervicale e del corpo costituiscono un filtro naturale, la tutela più efficace degli organi cavi vicini, che potrebbero venire notevolmente danneggiati dal radio. Oltre alla scomparsa di questo filtro si ha, in seguito alla isterectomia, un ravvicinamento del retto e della vescica che ne aumenta i pericoli, mentre gli inevitabili traumatismi ai quali i due organi andarono soggetti durante l'operazione, ne avrà ancora diminuito la resistenza. Ed infatti sarebbe assurdo sottoporre questi organi ad una prova eccessiva quale sarebbe quella della intera dose abituale, e non prendere speciali provvedimenti per la filtrazione dei raggi. Ma la esperienza mi ha dimostrato che due sedute di 24 ore con 50 mmg. Ra. El. per volta, con filtro metallico adeguato e involucro di sughero di 2 cm. di diametro viene benissimo tollerato. Non ho mai avuto a lamentare il minimo incidente in queste applicazioni che ho praticato sin dai primi anni e che sommano a 32. Si obietta che la dose che si può fornire in tal modo non può raggiungere effecacemente la parte media dello spazio interposto tra fondo vaginale e parete laterale del bacino. Questo è giusto, ma non si domanda tanto e queste applicazioni, bensì si domanda loro di sterilizzare il fondo della vagina e la sua immediata vicinanza, la linea di sutura che chiude il fondo vaginale e che è una delle sedi predilette

(1) REGAUD : Relazione sulla curieterapia del ca. dell'utero a questo stesso congresso.

delle recidive, perchè contaminata fatalmente nel corso della operazione da elementi del neoplasma.

La scomparsa delle precoci recidive vaginali sulla quale ha richiamato l'attenzione il Prof. Pestalozza, sarebbe appunto un risultato utile di queste applicazioni, fatte in immediato contatto con la linea di sutura.

Ma già nel 1920 pur riferendo di qualche caso di successo definitivo, 2 guarigioni su 5 operate del '14 e '15, consigliavo per la cura postoperatoria l'associazione del radio e dei raggi, ed è ciò che si è da noi fatto quando si poté disporre di un impianto radiologico adatto per la terapia profonda : in un primo tempo si sono usati soltanto i raggi X poi si è proceduto con i due mezzi radianti radio e raggi.

Sinora i casi sono pochi ed il tempo d'osservazione non sufficiente ; perciò non risultati definitivi si possono registrare, ma risultati ancora soggetti a modificazioni. Pur tuttavia val la pena di segnalarli :

Su 29 casi di 2 anni ne sopravvivono certamente	17 = 58,6 %
» 25 » 3 » » »	14 = 56 %
» 14 » 4 » » »	6 = 43 %

Non si trattava già di operazione di Wertheim, ma di isterectomia totale semplice in alcuni, nella maggioranza di isterectomia vaginale ed in tre casi di semplice amputazione alta del collo, per quanto casi bene operabili. In tre altri l'amputazione alta non fu che una operazione incompleta, essendosi iniziata con la intenzione di praticare la isterectomia vaginale : a questa si dovè rinunciare per essere il processo già diffuso ai parametri in misura da non consentire all'utero di scendere. Con l'amputazione alta si trovò che l'applicazione del radio era possibile in condizioni assai migliori che dopo la isterectomia, perchè il tubetto radiante poteva trovare posto in un infundibolo di tessuto apparentemente sano a livello dell'orificio interno del collo, nel centro dell'utero e della pelvi, essendo stata asportata la porzione vaginale del collo. Restano così conservati tutti i vantaggi che offre la presenza del filtro vivente rappresentato dalla parete uterina.

Questi casi in cui, con operazione assai meno grave nelle conseguenze immediate e tardive che non la grande demolizione della Wertheim, si è riusciti ad ottenere un risultato

sinora soddisfacente, rendono pensosi, e fanno correre la mente allo scetticismo con cui alcuni, per es. il Regaud, così esperto conoscitore dell'argomento del cancro uterino se pur non chirurgo, si esprime nella sua relazione odierna nei riguardi della operazione di Wertheim; la quale si prefigge di asportare dalla profondità della pelvi quelle metastasi ghiandolari che forse non sempre ci sono e, che, perciò, guarisce forse casi in cui non era necessaria.

Accennerò, per chiudere questa sommaria esposizione della nostra attività curieterapica, alle irradiazioni preoperatorie. Di queste ho fatto di recente l'argomento di una mia comunicazione in altra sede (1).

Ne abbiamo fatte alcune nell'ultimo anno, otto volte sinora, prima di procedere alla isterectomia. Due applicazioni vaginali o intracervicali di 50 mmg. di Rad. El. per 24 ore ciascuna a distanza di una settimana; l'operazione da quattro a sei settimane dall'ultima applicazione.

L'ulcera cancerosa si è trovata detersa e quasi cicatrizzata, il che è stato vantaggioso per la operazione, che è decorsa in maniera affatto regolare. Soltanto in un primo caso, dove il radio era stato dato in dose doppia, perchè a tutta prima ritenuto inoperabile, vi fu qualche difficoltà nell'allacciatura delle uterine che eran divenute fragilissime, così da troncarsi per ben due volte da ogni lato sotto la stretta del filo, prima che si riuscisse a porre un laccio definitivo. Anche mi è parso di riscontrare qualche volta un certo grado di congestione della pelvi più accentuato del consueto. Una donna morì di sepsi al IV giorno. Nelle altre il decorso postoperatorio fu regolare, salvo la mancanza del coalito della mucosa vaginale osservato due volte.

Per la detersione dell'ulcera cancerosa, per il miglioramento delle condizioni generali, grazie al cessare delle emorragie e delle perdite saniose, il metodo mi pare utile preparazione all'intervento.

Ma anche su questa come su tutte le questioni della curie-

(1) ARTOM DI S. AGNESE: Radiumterapia preoperatoria del cancro dell'utero. Atti Soc. It. di Ost. e Gyn. Roma, 1925.

terapia, ed alcune di così vitale importanza, non è ancora tempo di giungere a conclusioni, ma ci si deve limitare ad accumulare il materiale di osservazione.

Finchè qualche radiosca scoperta non riuscirà a chiarire il mistero della natura del cancro e così a segnare nuove vie all'ansiosa ricerca di mezzi per combattere questo flagello della umanità, lasciando alla chirurgia la parte che merita-mente le spetta, chiediamo al radio e ai raggi X il loro potente aiuto che l'avvenire non potrà che perfezionare.



Curiethérapie du cancer du col utérin

Docteur ROBINEAU, de Paris

Je dirige un Centre de Curiethérapie depuis trois ans seulement ; je ne me serais pas cru autorisé à prendre part à cette discussion si je n'avais comme collaborateur et chef de centre mon ami le Dr Degrais, qui m'a fait profiter de sa très grande expérience. Dès la découverte du radium, Degrais, le premier en France (avec Wickham et Dominici, disparus depuis) s'est consacré à l'étude de ses applications thérapeutiques. Une expérience aussi étendue, comprenant près de vingt années de pratique et d'observation, a une valeur incomparable.

En me faisant le porte-parole de Degrais, en vous apportant non seulement les cas traités par nous à l'hôpital Necker, mais aussi les très nombreux faits observés par lui antérieurement, je pense contribuer d'une manière plus utile à l'étude de la curiethérapie du cancer de l'utérus.

Notre manière de voir diffère sans doute sur quelques points de celle de plusieurs curiethérapeutes ; elle s'éloigne souvent des conceptions théoriques, car nous croyons impossible de traiter systématiquement d'une seule façon les cancers de l'utérus si différents les uns des autres par leur évolution. Ici comme partout l'observation clinique minutieuse de chaque cas doit, à notre avis, servir de base pour instituer un traitement particulier, et notre collaboration radio-chirur-

gicale nous a permis de poser avec précision les indications de l'association du traitement opératoire et de la curiethérapie.

STATISTIQUE

C'est sur un nombre de plus de 800 cas de cancer du col de l'utérus traités par le radium que nous pourrions établir une statistique, s'il nous semblait toutefois que celle-ci puisse présenter toute la rigueur que commande la logique.

Que faut-il donc à une statistique, en matière de traitement du cancer, pour qu'une valeur réelle puisse lui être reconnue ?

Il faut, à notre avis :

1° Qu'aucune raison n'ait présidé au choix des malades et que soient traités tous les cas qui se présentent, bons ou mauvais, favorables ou non, avec appoint du contrôle histologique.

2° Que soit respectée l'épreuve du temps, et ne soient pas présentées comme guéries, ainsi qu'on le voit trop souvent, des malades dont la guérison apparente ne remonte qu'à quelques mois ou même quelques semaines.

3° Avoir pu suivre la totalité ou presque totalité des malades traitées, et c'est là que réside la difficulté qui, en vérité, est considérable.

Un retour en arrière tout en nous permettant de développer notre conception d'une statistique vraiment saine montrera combien il nous fut impossible, comme à bien d'autres vraisemblablement, pour une longue période de notre carrière curiethérapique d'établir une statistique qui offrit toutes les qualités que nous requérons.

Quand en 1908 nous avons, les premiers peut-être en France, utilisé le radium dans le traitement du cancer du col utérin, nous avons tout à créer, technique et instrumentation ; quant aux cas qui nous étaient confiés, ils étaient ceux pour lesquels la chirurgie se montrait totalement désarmée.

Nos principes directeurs furent : la prudence ; une adaptation correcte de la puissance des appareils ; la notion d'homogénéité, dont nous avons déjà reconnu et signalé la nécessité

en 1908, dans le traitement de tout cancer (1), et à laquelle se prétaient les conditions anatomiques de l'utérus.

L'action remarquable du radium sur le cancer du col fut de suite on ne peut plus manifeste : tous les cas désespérés bénéficiaient de la curiethérapie ; les hémorragies s'arrêtaient, les pertes sanieuses, malodorantes se tarissaient, tandis que les violentes douleurs disparaissaient ou s'atténuaient considérablement.

Ayant été un des premiers témoins des bénéfices ainsi retirés de façon inégale certes, mais presque constante, nous n'avons jamais cessé de nous opposer à toute sélection parmi les malades. S'il nous arrive de refuser un traitement, le fait est si particulièrement rare, qu'il ne peut en rien modifier la ligne de conduite que nous préconisons. C'est ainsi que depuis l'ouverture du centre de curiethérapie de l'Hôpital Necker, en octobre 1923, nous nous sommes refusés à traiter deux malades seulement, du fait de leur trop mauvais état général, parmi toutes celles qui se sont présentées à la consultation (114).

Peu soucieux de produire une statistique brillante mais faussée, si elle ne s'adresse qu'à des cas sélectionnés, nous avons toujours pensé et pensons mieux remplir notre rôle, en donnant à toutes les malades les chances d'une amélioration, souvent passagère il est vrai, mais parfois aussi définitive.

Ainsi donc, la totalité des malades qui venaient à nous étaient traitées. Toutes les malades qui nous étaient confiées étaient inopérables, et eussent-elles été opérables que nous n'aurions osé au début de nos recherches les priver d'une opération comme le Wertheim, avec ses risques il est vrai, mais qui cependant compte à son actif des succès indéniables.

La nécessité de suivre les malades pendant plusieurs années, présentait pour nous, jusqu'à ces derniers temps, en ce qui concerne les malades des hôpitaux, des difficultés pour ainsi dire impossibles à surmonter. Si de 1908 à octobre 1923, date de l'ouverture du centre de curiethérapie de l'Hôpital Necker,

(1) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 1^{re} édition. J. B. Baillière & fils, éditeur, 1908.

il nous a été possible de suivre une partie des malades de ville, par contre nous a-t-il été impossible de connaître l'avenir de la presque totalité de nos malades des hôpitaux.

Pendant près de quinze ans, alors que les hôpitaux de Paris ne possédaient pas de radium, nous avons répondu à l'appel de nombreux chirurgiens, et il nous fut impossible de suivre personnellement les malades dans les différents services où nous allions les traiter ; leur insouciance d'ailleurs, malgré nos exhortations, n'était pas faite pour nous aider. Garder le contact, pendant des années avec des malades qui n'ont fait que passer rapidement dans les services, était en vérité, un écueil insurmontable.

Quant au contrôle de la variété histologique des épithéliomas en présence de laquelle nous nous trouvions, les possibilités de ce renseignements ont trop souvent manqué pour ne pas porter encore atteinte à la valeur d'une statistique.

Fort heureusement, il n'en est plus de même pour nous depuis 1923. En effet, grâce à l'activité de la ligue Franco-Anglo-Américaine, et à l'aide précieuse de ses dévouées collaboratrices, il est devenu possible de suivre la presque totalité des malades traitées ; c'est vraiment là un appoint de grande valeur qui nous permettra, à l'avenir, d'établir une statistique sans qu'elle puisse être faussée par l'ignorance d'un grand nombre de résultats.

L'adjonction à tout centre hospitalier de curiethérapie d'un laboratoire d'histopathologie est venue également combler une importante lacune.

Pour les raisons précédentes, il ne nous a pas paru équitable de publier une statistique manquant de contrôle pour les quinze premières années de nos travaux ; si depuis près de trois ans nous possédons par contre des bases statistiques solides, il nous manque encore le recul suffisant du temps pour en faire état, et celle que nous présenterons ne sera que pour prendre date.

Quoiqu'il en soit, notre expérience portant sur un nombre important de cas, c'est le reflet de 18 années de pratique de la curiethérapie des cancers de l'utérus que nous résumerons dans des données générales concernant le matériel curiethérapique, les techniques, les doses et les résultats.

MATÉRIEL DE CURIETHÉRAPIE.

Radium. — Si en 1908 l'appareil à vernis qui reste précieux pour les applications dermatologiques du radium, fut employé par nous aux premiers traitements de cancer du col, c'est à défaut d'autres appareils. N'oublions pas que c'est à lui que nous devons l'essor de la radiumthérapie en 1905. Les tubes radifères devaient à juste titre le supplanter rapidement en gynécologie.

Nous n'avons jamais été partisan de tubes de forte teneur, considérant comme maximum utile la dose de 25 milligrammes de bromure de radium par tubes. Plus faciles à manier, par leur groupement ou leur répartition autour d'une lésion, ces tubes nous ont toujours paru très supérieurs à ceux de 50 ou 100 milligrammes qu'employaient certains curiethérapeutes.

Cependant des doses moindres nous paraissant utiles, notre arsenal comportait aussi des tubes de 20, 15 et 10 milligrammes de bromure.

Tous les tubes ont une paroi primaire de 5/10 millimètres de platine. Nous employons ces tubes sans aucun filtre supplémentaire quand nous sommes en présence de grosses masses bourgeonnantes du col, dans lesquelles il nous est possible de les implanter. Ce procédé a l'avantage de faire fondre rapidement les bourgeons, et en réduisant le volume du col de permettre de trouver la cavité utérine et d'irradier plus efficacement les parties les plus profondes du néoplasme.

Depuis l'apparition des aiguilles en France, nous avons remplacé les tubes par celles-ci, sans que d'ailleurs nous en ayons retiré de bénéfice ; la faible teneur des aiguilles, un milligramme 5 de Radium élément, nécessitant même une application plus prolongée, ce qui dans le cas présent, est plutôt désavantageux.

*
*
* *

FILTRES. — A part les cas de forme très bourgeonnante, nous utilisons des filtres secondaires de 1 ou 2 millimètres d'argent.

Après avoir pendant un temps essayé l'or platiné, nous

sommes revenus à l'argent en raison des résultats fort superposables que nous obtenons avec cette matière.

Nous apportons principalement tous nos soins au filtrage tertiaire destiné à absorber le rayonnement secondaire et aussi à agir par le facteur distance, quant on lui donne une épaisseur suffisante.

C'est au liège que nous recourons pour les foyers vaginaux ; sous forme de bouchons perforés au centre pour les foyers constitués par un tube seul, et sous la forme de boîtes rectangulaires pour les foyers plus puissants que nous créons par la juxtaposition de tubes dans les boîtes destinées à contenir 2, 3, 4 tubes ou plus, nous adoptons une épaisseur de 5 à 8 millimètres. En raison du manque d'homogénéité absolue du liège et pour y parer, nous enveloppons le tout dans une épaisseur de gaze fine de 3 à 4 millimètres environ.

Pour les foyers intra-utérins, nous utilisons des sondes en gomme épaisse, du drain amétal et quelquefois nous interposons des manchons de liège de peu d'épaisseur entre le tube radifère et le drain.

TECHNIQUES

Le souci que nous avons d'apporter à toutes les malades le secours de la curiethérapie comporte pour nous la nécessité de techniques extrêmement souples.

Nous ne nous trouvons pas en effet dans les conditions du curiethérapeute qui, choisissant ses cas, peut prendre ceux susceptibles de s'adapter à une technique idéale.

Il nous faut au contraire adapter, modeler une technique à chaque cas particulier.

Pas d'appareils types.

Pas de quantité de millicuries à détruire d'une façon absolue.

Pas de durées constantes.

D'où la nécessité pour nous d'une étude approfondie des conditions créées par la forme ou la diffusion de la lésion, autant que par l'état des organes les plus voisins.

Ces points fixés régiront l'application, la quantité en radium élément, le nombre et la disposition des foyers, le filtrage, la durée de l'application.

Il n'en restera pas moins cependant à notre esprit les grands principes directeurs qui doivent régir toute curiéthérapie du cancer du col, principes que nous retrouvons dans nos écrits de 1908.

FOYERS VAGINAUX — FOYERS INTRA-UTÉRINS

Que nous ayons agi, comme tout au début de nos recherches, avec des appareils à vernis, ou qu'un peu plus tard nous utilisions des tubes radifères, notre pensée directrice fut toujours, chaque fois que le permettaient les conditions pathologiques, de les placer autour du col, en opposition dans les culs-de-sac et sur le col lui-même, afin de mettre à profit le renforcement d'action créé par notre méthode du feu croisé ⁽¹⁾.

Le second principe consistait à irradier la cavité utérine dans sa totalité. Nous en retrouvons la preuve dans l'appareil ⁽²⁾ que Wickham avait fait construire et présenté au Congrès de Genève en septembre 1908. Cet appareil était constitué par une tige radifère destinée à irradier la cavité utérine, et fixée sur cette tige par une cupule également radifère venant recouvrir le col. Pour si archaïque qu'il puisse paraître après 18 années, cet appareil n'en est pas moins intéressant à rappeler, car il marque à quel point, dès le début de nos recherches, nous avons reconnu la nécessité de l'irradiation intra-utérine combinée avec celle du col.

Très rapidement d'ailleurs nous parvenions à réaliser plus aisément et plus certainement cette condition d'une bonne irradiation intra-utérine en utilisant des tubes que nous placions au nombre de 2 ou 3 les uns derrière les autres dans une bougie urétrale. L'articulation créée entre chaque tube permettait de la sorte une flexibilité répondant mieux aux courbes anatomiques de la cavité utérine que la tige rigide de l'appareil de Wickham.

(1) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 1^{re} édition. J. B. Baillière, éditeur.

(2) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 1^{re} édition. J. B. Baillière, éditeur.

Si d'autre part, comme il arrive quelquefois du fait de la présence de bourgeons, il est impossible de trouver l'orifice du col et de la cavité, nous n'hésitions pas, la chirurgie venant au secours de la curiethérapie, à faire pratiquer à la curette une cavité en pleine masse néoplasique de façon à toujours réaliser un foyer intra-utérin.

Le regretté Charles Monod, sur notre demande ne pratiquait-il pas en 1910 sur une de ses malades, encore vivante à l'heure actuelle, un chemin au trocart en plein tissu utérin pour y introduire un tube radifère (3).

Ce n'est donc pas sans surprise que nous voyons M. Richard, dans le Journal Médical Français de février 1925, au cours d'un article consacré au traitement du cancer du col utérin par les radiations, émettre cette opinion qu'en 1919 le foyer intra-utérin n'est pas constitué de façon à irradier la cavité sur toute sa longueur. Peut-être n'est-ce qu'après cette date que l'Ecole de M. Regaud en a reconnu l'utilité ; ce qui ne veut pas dire que depuis longtemps déjà d'autres curiethérapeutes n'en aient préconisé la nécessité et ne l'aient pratiquée.

Pour le même auteur l'emploi du colpostat marquerait un progrès au cours de l'évolution des techniques.

L'apparition de cet instrument marque principalement l'idée d'une technique susceptible de ne s'adapter qu'à des cas bien choisis. Il se montre, en effet, d'application fort restreinte quand on est résolu à apporter le secours si minime soit-il de la curiethérapie à toutes les malades qui se présentent et en sont justiciables.

Quant à celles d'ailleurs dont le fond vaginal est assez souple pour accepter un colpostat, nous préférons ne pas nous en tenir aux foyers vaginaux susceptibles d'irradier les culs-de-sac latéraux seuls. Si le danger vers les ligaments est grand, il ne nous paraît pas moins à craindre du côté de la vessie et du rectum, et, pour nous, mieux vaut créer quatre foyers péricervicaux qui répondront plus largement aux propagations néoplasiques. Les fistules vésicales et rectales n'attestent-elles pas le danger qui menace ces deux organes ? C'est également

(3) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 2^{me} édition.

pour y parer dans la mesure du possible que nous préconisons depuis longtemps le foyer radifère placé dans le rectum, susceptible qu'il est de nous donner une aide précieuse dans certains cas.

Nous rappellerons enfin l'application radifère sur l'abdomen que nous recommandions dès 1912 ⁽¹⁾ afin de venir renforcer l'action des foyers intra-utérins et vaginaux.

Telles sont tracées schématiquement les grandes lignes de la technique que nous essayons de réaliser, mais que malheureusement l'état des lésions empêche très souvent de mettre à exécution ; fréquents en effet sont les cas où le fond vaginal a perdu toute extensibilité du fait de l'envahissement du paramètre, et nous ne saurions trop alors retenir comme élément de pronostic le fait de ne pouvoir ouvrir largement les valves du spéculum. Outre qu'au point de vue traitement il y a là impossibilité matérielle à appliquer en bonne place le nombre de foyers vaginaux nécessaires, ce blocage du fond vaginal indique une infiltration massive contre laquelle le radium n'aura la plupart du temps qu'une influence modérée.

Dans d'autres cas, le col se trouve caché derrière un diaphragme vaginal, ou bien il est abrasé. Toutes ces conditions demandent des techniques spéciales que seule l'expérience permet de façonner extemporanément en tenant compte des renseignements histo-pathologiques concernant la plus ou moins grande sensibilité des cellules constitutives du néoplasme qui cependant nous paraissent ne pas devoir prendre la première place.

DOSES

Nous abordons un des côtés les plus difficiles du traitement ; quelle va être la dose de radium élément à utiliser ? Combien faudra-t-il détruire de millicuries ?

A lire certains articles ⁽¹⁾, rien de plus simple : il suffit de détruire 50 ou 60 millicuries, voire même 70 millicuries en 5 à 7 jours. Mais en réalité, le problème ne se pose pas sous

(1) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 2^{me} édition, p. 207. -

(1) RICHARD : « Paris Médical », n° 24, 1922.

une forme aussi simpliste : Si l'histologie nous renseigne sur la sensibilité plus ou moins grande de la néoplasie vis-à-vis des radiations, il y a avant tout les éléments cliniques qui font souvent d'un épithélioma radiosensible une tumeur incurable de par son envahissement, et inversement d'un épithélioma radiorésistant, une affection qui pourra guérir en raison de ses limites restreintes.

Les mêmes symptômes cliniques viendront empêcher les possibilités aboutissant aux doses préconisées, ou bien si l'on veut les faire absorber coûte que coûte aux tissus, il en résultera soit des brûlures vaginales profondes, ou bien des fistules vésicales ou rectales.

Un exemple donnera la preuve de la circonspection avec laquelle il faut fixer les doses susceptibles de guérir : Une malade âgée de 44 ans du service du Docteur Brouardel nous est adressée parce qu'au cours de l'affection hépatique pour laquelle elle était entrée dans le service, apparaissent des métrorragies ; au toucher, elle présente un col gros, saignant facilement ; les culs-de-sac sont apparemment souples sauf le postérieur qui est infiltré. Il s'agit sans aucun doute d'un épithélioma du col.

Une biopsie est faite pour nous renseigner sur la forme histologique et Herrenschildt nous indique qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé, non spino-cellulaire mais à globes parakératosiques et kératosiques abondants.

Le 19 mars 1925, nous introduisons dans la cavité utérine une bougie en gomme contenant bout à bout 2 tubes de 12 milligrammes de radium élément filtrés par une gaine de un millimètre d'argent. Dans chacun des quatre culs-de-sac est placé un tube de 12 milligrammes de radium élément filtré secondairement par 2 millimètres d'argent, introduit dans un bouchon de liège de 5 millimètres d'épaisseur enveloppé de gaze. Les 6 tubes formant un total de 72 milligrammes de radium élément sont laissés en place 48 heures.

Le 28 mars, 2 tubes contenant chacun 7 milligrammes de radium élément engainés dans 2 millimètres d'argent placés dans une bougie sont introduits dans la cavité et laissés en place 24 heures. Au total 27,90 m c d.

Un an plus tard, le 11 février 1928, la malade mourait de

son affection hépatique, qui contrairement à l'opinion émise de métastase était une cirrhose constatée, à l'autopsie. Au cours de celle-ci l'utérus fut enlevé, coupé minutieusement, et il ne fut trouvé aucune cellule cancéreuse.

Voici donc un cas traité avec des doses faibles, un temps d'application réduit, proportionné d'ailleurs à l'étendue des lésions et qui est stérilisé avec un nombre de millicuries détruits très inférieur à celui qui semblerait obligatoire à beaucoup de curiethérapeutes. Ce cas d'ailleurs n'est pas isolé, mais il méritait d'être rapporté puisqu'il présente tous les contrôles nécessaires.

Deux autres malades revues récemment, l'une traitée en août 1920 avec 28 m c d, l'autre traitée en mai 1923, par 23 m c d, ne présentent cliniquement aucune trace de leur cancer.

Notre règle de conduite est donc de proportionner le nombre et l'intensité des foyers radioactifs aux conditions pathologiques de la lésion qui régissent aussi la durée de l'application.

DURÉE DES APPLICATIONS

Avec la durée des applications nous abordons l'un des points sur lequel les divergences restent considérables.

Là plus que jamais, il faut être éclectique quand on s'adresse à tous les cas, bons et mauvais.

C'est précisément grâce à cet éclectisme que nous pensons n'avoir pas à déplorer les accidents rapides, signalés par certains auteurs, survenant au cours ou immédiatement à la fin d'applications.

Si celles-ci peuvent être de longue durée chez des femmes robustes, dont l'état général n'a pas encore été touché par la cancérisation et dont les lésions se présentent sous l'aspect étiqueté « cas type » par certains curiethérapeutes, il ne doit pas en être ainsi quand nous sortons de ce cadre restreint.

Une malade déjà intoxiquée doit être traitée avec ménagement, par séances de 24, 48 heures au plus, séparées des suivantes par 2, 4, 8 jours, espacement que nous pratiquons couramment ; il en est de même quand les lésions sont étendues, quand il y a infiltration aux parois vésicales et rectales.

Faire dans ces cas des applications avec puissants foyers radio-actifs et de longue durée, c'est hâter l'effondrement des parois.

Procéder par applications modérées, au contraire, c'est dans certains cas parer au danger et quelquefois y remédier. Nous ne partageons donc pas l'opinion des auteurs qui voient par exemple dans l'envahissement de la vessie une contre-indication à la curiethérapie ; nous la verrons d'autant moins que *chez deux malades présentant déjà une fistule vésico-vaginale, il nous a été possible, grâce à un traitement prudent d'obtenir pendant plus d'une année, la guérison de cette lamentable infirmité.*

Si en raison des résultats satisfaisants obtenus dans la curiethérapie des épithéliomas de la peau par la technique qui consiste à espacer les applications, nous avons, en 1908, adopté cette façon de faire au cours du traitement des cancers de l'utérus, nous n'avons pas voulu, en 1914, suivre des méthodes qui, sans avoir pour elles la consécration du temps, étaient présentées comme une formule définitive.

Le Professeur Recasens qui paraît ne pas avoir su résister à cet entraînement, par la comparaison des méthodes qu'il a pu faire, vient, résultats cliniques et raisons biologiques à l'appui, confirmer la valeur de la technique que nous préconisons, à savoir le fractionnement des doses.

Ces principes généraux étant donnés, voyons les différentes modalités d'utilisation du radium :

CURIETHÉRAPIE SEULE

Autrefois les cas se répartissaient en deux classes très nettes : cancers opérables et cancers inopérables. Ces derniers seuls étaient réservés à la curiethérapie ; et c'est là justement où elle montra toutes ses possibilités d'action.

Dans de nombreux cas à lésion trop étendue, elle ne peut qu'arrêter les hémorragies, faire disparaître les pertes sânieuses, sans parvenir à juguler la marche envahissante du néoplasme dans la profondeur. Fort heureusement, son action se montre plus efficace chez nombre de malades à un stade moins avancé de la néoplasie, quoique inopérable, et ce sont

de véritables guérisons que le radium à lui seul est capable d'obtenir.

Il est donc légitime à l'heure actuelle, alors que le chiffre des guérisons augmente chaque jour de faire rentrer dans la curiethérapie des cas opérables.

CURIETHÉRAPIE PRÉOPÉRATOIRE

Au cours des modifications importantes constatées lors des premières applications du radium faites sur des cas inopérables, il en fut une qui ne manqua pas souvent de nous frapper : ce fut la mobilité que retrouvait progressivement l'utérus cancéreux bloqué soit par des phénomènes inflammatoires, soit par des infiltrations néoplasiques. La chirurgie ne voulant pas abandonner ses droits devait trouver dans ces heureuses modifications un élargissement à son champ d'action.

Dès 1908 ⁽¹⁾ une malade du service du Docteur Tuffier, jugée inopérable le devient sous l'influence des applications de radium que nous pratiquons.

La curiethérapie préopératoire née à cette époque est devenue une véritable technique reculant les limites de l'opérabilité.

Faite systématiquement par les uns qui estiment que le rôle stérilisateur du radium sur le col néoplasique diminue les risques de l'opération de Wertheim, elle n'est pratiquée par d'autres que pour la catégorie créée depuis la venue du radium, des cas à la limite de l'opérabilité.

Nous touchons ici à un point particulièrement délicat de la question, à savoir si ces cas limites sont justiciables de l'opération, malgré tout le bénéfice qu'ils tirent de la curiethérapie.

Sans que nous puissions prendre parti définitivement, il nous apparaît que si l'acte chirurgical est accompli, il faut qu'il soit aussi large que possible.

Après les applications de radium dans ces cas limites, le

(1) WICKHAM & DEGRAIS : Radiumthérapie, 1^{re} édition, page 325. J. B. Baillière, éditeur.

danger n'est pas dans l'utérus ; de nombreux examens en ont montré la stérilisation complète. Là comme ailleurs du reste le danger subsiste dans les ganglions. Ce sont ceux-ci que toutes les techniques mises en œuvre parviennent le plus difficilement à stériliser ; au cours d'une intervention pour cancer du col, ce sont eux qu'il faut enlever. C'est la crainte de leur envahissement, au cas où on serait peu interventionniste, qui pourrait légitimer une laparotomie exploratrice suivie ou non d'un Wertheim élargi, selon que leur présence a ou n'a pas été reconnue. Donc l'opération curative secondaire doit être très large. Il faut la pratiquer 6 à 8 semaines après l'application du radium.

CURIETHÉRAPIE POST-OPÉRATOIRE

Au temps où les cancers du col étaient uniquement opérables ou inopérables, le curettage représentait pour ces derniers un palliatif susceptible d'arrêter momentanément les hémorragies. Il ne nous paraît pas devoir être complètement abandonné du fait de l'emploi du radium. En effet, en abrasant d'énormes bourgeons il permet, en supprimant le filtrage créé par la distance et les tissus, d'atteindre avec moins de difficulté, les points les plus distants des propagations cancéreuses ; de même dans certaines formes endo-cervicales, permet-il l'aménagement d'une cavité plus appropriée aux foyers nécessaires. Ce faisant, il n'est pas question, comme le prétend M. Regaud, de réaliser une irradiation localisée, mais au contraire de pouvoir mieux adapter les foyers radio-actifs à l'étendue ou aux conditions anatomiques de la lésion. Rapprocher les foyers des lésions éloignées n'a rien de commun avec le rapprochement des foyers entre eux.

Mais il est un point sur lequel nous tenons à insister ; c'est la nécessité d'appliquer le radium au cours même du curettage. Irradier quelques jours après celui-ci, fait perdre tout le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre.

A vrai dire, la curiethérapie post-opératoire implique surtout l'idée d'applications de radium faites après le Wertheim et beaucoup la proclament comme étant un méfait. En ayant vu des bienfaits, nous nous en ferons les défenseurs, à condi-

tions toutefois d'en préciser la portée. Il ne s'agit pas, en effet, dans notre esprit d'irradier systématiquement toutes les malades opérées, mais bien seulement un certain nombre, même un petit nombre. Il est des malades qui sont à la limite de l'opérabilité, il est des malades qu'un examen clinique minutieux a fait rentrer dans la catégorie des opérables : au cours de l'opération, des adhérences existent, il est impossible d'enlever les lésions aussi largement qu'il le faudrait ; ce sont des malades vouées non pas à la récurrence, car celle-ci implique un temps de répit, mais bien à la continuation ou souvent même à l'aggravation de la marche du néoplasme. Pourquoi attendre 2, 3 mois ou plus que le néoplasme ait progressé ? Ces malades sont judiciables de la curiethérapie post-opératoire faite à partir du quinzième jour, en tenant compte naturellement des modifications survenues dans les rapports anatomiques.

L'expérience nous a prouvé d'ailleurs que dans ces cas il n'est pas nécessaire de recourir à de fortes doses : une malade du Dr Desplas, à la limite de l'opérabilité, est opérée le 26 juillet 1921 et irradiée le 12 août par 9,3 m. c. d. ; le 19 août même dose ; actuellement la malade réexaminée ne présente aucun indice de récurrence. M. Savariaud, au cours d'une intervention pratiquée en décembre 1923 à Beaujon, reconnaissant l'impossibilité de dépasser les limites du néoplasme adhérent à la vessie, nous demande le secours du radium ; les applications sont faites comme précédemment ; la malade nous écrit récemment qu'elle n'a ressenti aucun malaise depuis son opération et qu'elle a repris ses occupations journalières depuis longtemps. Nous pourrions citer d'autres exemples.

Doses faibles, filtrage minutieux, espacement, sont les précautions indispensables grâce auxquelles la curiethérapie post-opératoire a rendu des services et doit continuer à en rendre.

Les mêmes principes devront d'ailleurs nous servir de guide dans les circonstances suivantes :

1° Récidives post-opératoires.

2° Cancérisation d'un col après hystérectomie subtotale.

1° *Récidives :*

Celles-ci peuvent se présenter sous deux formes cliniquement différentes ;

S'il s'agit d'une prolifération bourgeonnante, saignant facilement, développée sur la muqueuse vaginale, le radium se montre généralement efficace, et nous avons à notre actif des guérisons certaines.

Si, au contraire, c'est derrière la cloison vaginale, dans le petit bassin que se produit la repullulation, son action tout au moins par la voie vaginale, se montre moins effective.

2° *Cancérisation d'un col après hystérectomie subtotale :*

C'est là une évolution qui mérite d'être prise en considération, puisque pour notre part nous arrivons à en totaliser à l'heure actuelle 23 cas, avec des résultats variables selon le caractère que revêt la lésion, mais peut-être aussi du fait de l'insuffisance des traitements appliqués, car ceux-ci doivent tenir compte des modifications anatomiques apportées par l'opération.

RÉSULTATS

Au terme de ce rapide exposé, il nous appartient de dégager la valeur de la curiethérapie ; nos vingt années d'expérience nous la montrent considérable.

En présence d'une affection aussi redoutable qu'est le cancer, en présence d'une localisation qui, insidieuse, évolue pendant longtemps sans que le diagnostic en soit soupçonné, et qui trop souvent se manifeste alors que la chirurgie se montre désarmée, ce n'est pas par les succès qu'il faut porter un jugement, mais bien par les succès. Or, ceux-ci sont indéniables. *Grâce au radium vivent, guéries depuis de longues années des femmes qui sans lui seraient mortes ; d'autres à défaut de guérison, ne bénéficièrent que de survies plus ou moins longues avec le minimum de troubles ; mais n'est-ce pas un appoint considérable que de pouvoir faire vivre ces malades, et leur permettre d'être peut-être encore là le jour qui viendra, nous le souhaitons tous, où apparaîtra le remède marquant une nouvelle étape vers la guérison du cancer ?*

Quoiqu'il en soit, nous ne devons pas nous borner à traiter uniquement les seules formes susceptibles d'être guéries, mais bien toutes celles qui, plus ou moins, peuvent bénéficier du radium, et elle sont nombreuses. La preuve en est qu'on connaît actuellement de nombreux exemples de métastases du cancer utérin ; autrefois la mort survenait trop rapidement pour permettre leur apparition.

C'est d'ailleurs parmi des malades incurables avant l'ère du radium que nous retiendrons les cas les plus saisissants de six malades inopérables qui restent guéries depuis 16 ans (1), 14 ans, 12 ans, 10 ans, 9 ans, 7 ans, pour ne citer que les plus anciennes, au hasard d'événements qui nous ont fait les retrouver.

Quand aux survies de plus de 3 ou 4 ans, ayant toujours porté sur des formes inopérables, elles viennent par leur fréquence (au minimum 200), renforcer la valeur des résultats obtenus.

Quoique de création récente, puisqu'il remonte à octobre 1923, le centre de curiethérapie de l'hôpital Necker nous a donné la possibilité de coordonner nos résultats, et comme nous l'avons dit, uniquement pour prendre date, nous les présenterons jusqu'au 1^{er} janvier 1926.

Ils auront été d'ailleurs jusqu'à ce moment privé d'un adjuvant précieux, utile dans les envahissements péri-utérins, la radiothérapie profonde qui n'est entrée en fonction qu'à la fin de 1925.

$$\text{ANNÉE 1923} = \begin{cases} \text{d'octobre 1923} \\ \text{à} \\ \text{janvier 1924} \end{cases}$$

$$\text{Onze malades traitées} = \begin{cases} 5 \text{ vivantes ;} \\ 1 \text{ renseignement incertain ;} \\ 5 \text{ décès.} \end{cases}$$

(1) Bulletins de la Société de Chirurgie, Paris, 4 mars 1914 et 7 février 1923.

5 VIVANTES :

Diagnostic clinique = inopérables.

Histologie { 2 épithélioma baso-cellulaires,
1 faiblement spino-cellulaire,
1 épithélioma à cellules cylindriques,
1 sans biopsie.

Doses ayant variées de 28 m. c. d. à 48 et 68 m. c. d. en 6 jours fractionnés au maximum.

UN RENSEIGNEMENT INCERTAIN :

Diagnostic clinique = incurable.

Histologie = épithélioma pavimenteux Malpighien.

Dose = 28 m. c. d. en 2 jours.

5 DÉCÈS :

Diagnostic clinique { 4 incurables,
1 inopérable rendue opérable.

Epithélioma pavimenteux type intermédiaire, 2 ans de survie. Décès par métastase hépatique.

ANNÉE 1924

44 malades traitées

19 VIVANTES :

<i>Clinique</i> {	13 inopérables	} Doses ayant varié de 12 mcd. à 74 mcd.
	3 incurables	
	1 récidence	
	1 épithélioma du corps	
	1 préopératoire	

Histologie :

13 inopérables {	1 sans biopsie.
	1 biopsie douteuse,
	1 épithélioma pavimenteux mixte avec globes,
	1 épithélioma baso-cellulaire pur,
	9 épithélioma pavimenteux intermédiaire.

3 incurables	{	1 épithélioma cylindrique d'origine glandulaire, 1 épithélioma baso ou sarcome fuso-cellulaire, 1 épithélioma baso-cellulaire.
--------------	---	--

1 récidence = sans biopsie possible,

1 corps = épithélioma,

1 préopératoire = épithélioma mixte.

21 DÉCÈS :

Clinique Malades cliniquement reconnues incurables, survie de 7 mois à 2 ans.
(7 femmes jeunes, de 28 à 40 ans).

<i>Histologie</i>	{	7 malades sans biopsie. 4 épithélioma spino-cellulaire, 2 épithélioma pavimenteux mixte, 7 épithélioma intermédiaire, 1 épithélioma baso-cellulaire,
-------------------	---	--

4 RENSEIGNEMENTS INCERTAINS OU ÉTAT PRÉSUMÉ MAUVAIS :

2 incurables	{	1 épithélioma spino-cellulaire, 1 sans biopsie.
--------------	---	--

1 inopérable = 1 épithélioma intermédiaire.

1 rendue opérable = baso-cellulaire évolutif, 36 ans.

A l'opération : on trouve un envahissement de la vessie.

ANNÉE 1925

57 malades traitées

39 VIVANTES :

<i>Clinique</i>	{	27 inopérables 4 incurables 1 corps 5 préopératoires 2 post-opératoires (récidence).	{	Doses ayant varié de 9 mcd. à 52 mcd.
-----------------	---	--	---	--

Histologie :

27 inopérables	{	18 épithélioma type intermédiaire,
		3 épithélioma mixte,
		2 épithélioma atypique,
		1 polyadénome végétant,
		1 épithélioma cylindrique,
		1 biopsie douteuse,
4 incurables	{	1 sans biopsie.
		1 épithélioma mixte,
		1 épithélioma intermédiaire,
1 corps :	{	2 sans biopsie.
5 préopératoires :		5 épithélioma pavimenteux intermédiaire.
2 postopératoires	{	1 type intermédiaire.
		1 sans biopsie,

6 DÉCÈS dont 1 par maladie intercurrente.

Toutes malades considérées cliniquement comme incurables :

- 3 épithélioma intermédiaire,
- 1 épithélioma pavimenteux baso-cellulaire,
- 1 épithélioma massif jusqu'au spino.
- 1 malade, cliniquement inopérable.

Histologie : épithélioma pavimenteux lobulé non spino mais à globes parakératosiques et kératosiques abondants.

Décès : par cirrhose, un an après traitement. Utérus ne contenant aucune cellule cancéreuse.

12 MALADES : renseignements incertains ou état présumé mauvais :

<i>Histologie</i>	{	3 sans biopsie.
		6 épithélioma intermédiaire,
		2 épithélioma pavimenteux baso-cellulaire.
		1 épithélioma mixte,

Curiethérapie du cancer du col utérin.

D^r BÉGOUIN, de Bordeaux

M. Regaud vient de dire qu'il serait encore prématuré, dans le cas de cancer opérable, d'affirmer la supériorité de la chirurgie ou de la curiethérapie. Je n'ai ni la prétention ni la possibilité de trancher cette question ; je désire seulement apporter une très modeste contribution au débat.

Sur 113 cas de cancer du col utérin, histologiquement confirmés, que j'ai traités par le radium depuis 1918 je n'en compte que 7 opérables datant de 5 ans à 2 ans : jusqu'ici, en effet, j'ai eu comme ligne de conduite générale d'opérer les cas opérables. Et si dans 7 cas j'ai fait exception à cette règle, c'est qu'il s'agissait d'une catégorie spéciale de malades : femmes obèses, diabétiques, cardiaques ou albuminuriques.

C'est le résultat que j'ai obtenu par la curiethérapie chez ces malades opérables au point de vue local, mais presque inopérables au point de vue de l'état général, que je vous sou mets aujourd'hui.

La technique a été, dans ses grandes lignes celle indiquée par M. Regaud en 1920-1922 : j'ai employé 76 milligrammes de radium élément, distribués en quatre foyers, dont deux intra-utérins et deux vaginaux avec une filtration de 5/10 de millimètre de platine, un ou deux millimètres d'or et un tube de caoutchouc, le tout maintenu par de la gaze ou un colpostat quand celui-ci était possible. La durée de l'application unique varient entre trois et quatre jours.

Sur mes 7 cas, 1 date de 5 ans $\frac{1}{2}$, 2 de 4 ans, 2 de 3 ans, 2 de 2 ans. Toutes ces malades restent guéries cliniquement moins une, celle de 5 ans $\frac{1}{2}$, qui semble faire une récurrence cervicale depuis la fin de la quatrième année. Une autre a fait une récurrence au bout d'un an ; j'ai fait une nouvelle application de radium, et elle reste guérie depuis 4 ans.

C'est donc au total 6 guéris sur 7.

Les cinq ans réclamés par M. Regaud ne sont point atteints et le nombre de mes malades est très restreint ; aussi je ne

me permettrai aucune conclusion générale. Cependant chez les malades opérables localement, mais, dont l'état général déficient rendrait l'hystérectomie d'une particulière gravité, il semble bien qu'avec le radium on puisse obtenir une proportion de guérisons analogue à celle que donne la chirurgie chez les malades franchement opérables.



Curiethérapie du cancer utérin

par le professeur J. L. FAURE, de Paris

Je ne dirai que quelques mots, d'un ordre tout à fait général, sur cette question difficile du rôle respectif du Radium et de la Chirurgie dans le cancer du col utérin. Aussi bien n'aurai-je pas grand chose à changer aux conclusions de mon collègue Regaud dans le très remarquable rapport que nous avons entre les mains et dans lequel la question est envisagée sous toutes ses faces, avec une compétence, une conscience et une impartialité auxquelles je suis heureux de rendre hommage. Voilà longtemps que j'ai l'honneur de discuter avec lui, et plus le temps s'écoule plus il me semble que nos points de vue se rapprochent. Il n'y a qu'un seul point sur lequel nous soyons encore en discussion. C'est sur la valeur respective de l'hystérectomie et de la curiethérapie dans les bons cas — et j'appelle les bons cas, les cas du début et d'une manière générale ceux dans lesquels la mobilité de l'utérus est conservée — y compris les cas végétants qui sont parmi les meilleurs et dans lesquels après l'abrasion des végétations les lésions apparaissent comme relativement légères.

Je demeure convaincu que l'opération donne, dans ces bons cas, un pourcentage de guérisons beaucoup plus grand que le radium. Regaud lui-même, dans les statistiques duquel j'ai une confiance absolue, étant données les conditions rigoureuses dans lesquelles il les établit, aurait, après 5 ans, temps nécessaire à une appréciation exacte, à cause de la lenteur très commune des récidives après les applications de radium, 23,2 % (rapport de Regaud, p. 71), mettons 25 % de guéri-

sons. Or, dans les cas favorables j'ai obtenu près de 90 %. Mettons 75 % pour éliminer la possibilité d'une série particulièrement heureuse. L'opération donnerait donc, en réalité, trois fois plus de guérisons que le radiumthérapie.

Elle en donnerait beaucoup plus encore si je m'en tenais à ce que j'ai vu dans mon service de Broca. Il est vrai, d'après ce que je lis dans le rapport de Regaud (p. 91) que la statistique des résultats de la curiethérapie dans mon service est parmi les moins satisfaisantes. C'est possible. Mais je ne sais à quoi attribuer cette infériorité, mon assistant Douay, auquel est exclusivement confié le traitement curiethérapique, étant un collaborateur d'une conscience absolue, qui a une expérience déjà longue, une grande habitude des petites interventions gynécologiques — et même des grandes — et qui se tient au courant, autant qu'il est possible de le faire, de l'évolution de la technique de Regaud. Mais peut-être faut-il incriminer l'insuffisance de ma provision de radium dont je n'ai que 750 milligrammes. Et mon ami Recasens insiste dans son beau rapport sur l'importance des doses. Il est donc très possible comme le dit Regaud que je sois trop influencé par la comparaison que j'ai chaque jour sous les yeux d'une statistique opératoire qui est parmi les meilleures et d'une statistique radiumthérapique qui est parmi les moins bonnes. C'est pourquoi d'ailleurs, je m'en réfère à ses chiffres et non aux miens. Regaud nous dit encore, et avec raison, qu'il y a de grandes différences suivant les chirurgiens dans les résultats obtenus au point de vue de la guérison définitive. Cela est certain. Il ajoute que, si on prend les chiffres des chirurgiens les plus expérimentés, on doit aussi prendre les chiffres de ceux qui ont le plus grande expérience de la curiethérapie, et les moyens les plus perfectionnés et les plus puissants de les mettre en œuvre, en l'associant au besoin à la roentgenthérapie. Il a raison. Il faut comparer des choses comparables et c'est précisément ce que je fais, puisque je prends les chiffres qu'il a lui-même obtenus. Mais il nous dit aussi (p. 99) que les conditions actuelles d'un bon traitement radiothérapique, aussi bien par le radium que par les rayons X, demandent une installation parfaite, abondamment pourvue de radium et possédant des appareils très puissants, des labora-

toires et un personnel expérimenté. Il est certain qu'il a raison, comme j'ai raison quand j'affirme qu'une hystérectomie large ne sera suivie de guérison durable qu'à condition d'être exécutée par un chirurgien qui le connaît bien.

Mais, il est également certain qu'un Institut comme ceux que préconise Regaud ne peut être obtenu qu'à coups de millions — sans parler de l'éducation nécessaire des hommes que le dirigeant et de tous ceux qui y travaillent — tandis que je mets en fait que tout chirurgien ayant quelque expérience pourra exécuter convenablement une hystérectomie large, dès qu'il voudra bien se donner la peine de l'apprendre et de s'outiller. Surtout maintenant que la systématisation du Mikulicz, qui gagne chaque jour du terrain, a fait pour ainsi dire disparaître ce terrible facteur de la gravité opératoire qui faisait reculer tant de chirurgiens.

Voilà pourquoi je pense qu'il y aura encore de beaux jours pour la Chirurgie, et pourquoi je viens dans une réunion comme celle-ci, engager les chirurgiens qui s'en sentent la force à continuer la bataille.

Pour le reste, je le répète, je suis d'accord avec Regaud. Je pense cependant qu'il faut le moins possible associer le radium à la chirurgie et je me sépare ici quelque peu de mon ami Pestalozza. Je demeure convaincu que si le radium a la puissance de détruire les cellules cancéreuses, il a aussi la puissance de les exciter. J'ai dit les raisons de ma conviction tout récemment à la Société de Chirurgie. J'ai observé des métastases, des récidives sous forme de tumeurs énormes, comme je n'en avais jamais vues autrefois. Quelle que soit l'explication qu'on en puisse donner, j'ai la conviction qu'elles sont dues à l'influence du radium et mon collègue Proust, bien meilleur juge que moi-même en la matière, a confirmé ma manière de voir.

Je crois donc que lorsqu'on peut opérer, il faut le moins possible associer le radium et le chirurgie et opérer en terrain vierge. Je ne conseille et n'emploie le radium — au moins actuellement — que dans les cas limites, à opérabilité douteuse ou dans les cas très infectés, que le radium nettoie merveilleusement. Je pense que, dans ces cas, le radium fait courir moins de risques du fait de l'excitation possible de cel-

lules éloignées, qu'il ne donne de chances de guérison en rendant possible une opération douteuse ou en le rendant moins grave du fait d'une infection possible, malgré le Mikulicz.

Mais ce sont là des détails de peu d'importance. Ce qui domine aujourd'hui toute la question, c'est la supériorité certaine, dans les cas opérables, des résultats obtenus par des opérations bien faites sur le radium bien appliqué. Ces résultats se modifieront-ils en faveur du radium ? Regaud l'espère. Je n'en sais personnellement rien. Dans dix ans la question sera jugée. Je voudrais espérer que nous serons encore là tous les deux pour nous en rendre compte.



Curiethérapie profonde à distance

Docteurs L. MAYER et M. CHEVAL (Bruxelles)

Nous avons lu avec un grand intérêt le remarquable rapport de M. le Dr Regaud ; c'est, d'après nous, une mise au point parfaite de la question de la curiethérapie du cancer du col utérin, telle qu'elle doit être envisagée à l'heure actuelle.

Convaincus de la sincérité et de l'exactitude des règles qu'il nous enseigne, nous nous sommes résolus à le suivre dans la voie qu'il nous trace. Nous installons en ce moment même un poste de curiethérapie à distance à Bruxelles, pourvu de 4 gr. de radium-élément.

Cette méthode n'est pas entièrement nouvelle : Friederich et Kronig en Allemagne, Kelly en Amérique, Lysholm, Stenstrom et d'autres, comme M. Regaud lui-même le signale dans son rapport, ont fait des applications analogues.

Ces applications, pour autant qu'elles n'aient pas été modifiées (et à ce sujet, nous sommes obligés de reconnaître que nous ne sommes peut-être pas en possession des tout derniers travaux) n'ont peut-être pas toute la perfection technique qu'on peut envisager à notre époque en se basant sur les innombrables publications de curiethérapie, de roentgen-

thérapie et de cancérologie. Et c'est, à notre avis, un mérite incontestable qui revient à l'Institut de curiethérapie de Paris, d'avoir amélioré une technique ancienne en lui donnant une base de départ scientifique reposant sur nos connaissances d'aujourd'hui.

Pour notre installation de Bruxelles, nous avons admis un principe que nous croyons nouveau, c'est celui de la possibilité de traiter à la fois deux malades. L'immobilisation d'une masse de quatre grammes de radium-élément exige, pour en permettre une utilisation plus économique, qu'on en emploie toutes les ressources.

Et comme le dit le Professeur Regaud dans son rapport : « La curiethérapie transpelvienne est susceptible de prendre le pas sur la roentgenthérapie, si sa supériorité technique n'est pas compensée par un désavantage économique trop prononcé ».

Le but de notre communication est de soumettre à votre attention un moyen de résoudre ce grave problème.

Un foyer de radium de 4 grammes ne peut être sphérique, sous peine de voir se perdre une importante partie de rayonnement par « autofiltration », la masse de radium plus superficielle servant de filtre à la masse de radium plus profonde ; c'est ce qui oblige à répartir le radium en une plaque, et, de ce fait, l'irradiation ne peut utilement se faire que dans deux directions opposées. Deux malades seulement peuvent être placés de chaque côté de la source radiante.

C'est en nous basant sur ce principe que nous avons envisagé notre technique, d'accord en cela avec M. Piccard, Professeur de physique à l'Université de Bruxelles, et dont la particulière compétence en radium est démontrée par les nombreuses recherches physiques qu'il fait dans son laboratoire de mesure des corps radio-actifs. C'est en collaboration avec lui que nous faisons construire l'appareil suivant :

Une boîte métallique en acier inoxydable renferme 20 tubes de 200 milligrammes de R.-E., placés côte à côte, de façon à occuper une surface de 160 millimètres carrés sur une épaisseur de 4 millimètres ; elle forme le cœur horizontal de notre appareil, dont sort un rayonnement dur, filtré par l'équivalent de 1 millimètre de platine.

Cette boîte est enfermée dans une masse de plomb donnant autour de ce foyer une filtration de 150 millimètres de plomb dans tous les sens, sauf dans deux directions opposées, haut et bas, car cette masse énorme de plomb est creusée d'un canal vertical dont l'ouverture carrée à la peau mesure 100 millimètres de côté.

L'appareil est immobilisé en position verticale stable ; c'est le malade qui doit être placé et orienté devant un de ses deux orifices, le supérieur ou l'inférieur, dans une position telle que les rayons atteignent la lésion à traiter.

La distance entre la peau du malade et le foyer est de 116 millimètres au minimum, le rayonnement secondaire est arrêté par interposition de substances organiques (bois), évitant tout contact du malade avec le métal de l'appareil.

L'ouverture cutanée carrée, qui a donc 100 millimètres de côté, n'est pas constituée par une surface plane, mais par une surface convexe dont la courbure est calculée de telle façon que tous les points de la peau se trouvent à une distance égale du centre de l'appareil.

L'appareil est fixé à deux rails parallèles placés à une hauteur de 1800 mm. du sol.

Le malade qui doit être irradié par l'ouverture supérieure est couché et convenablement orienté sur une civière perforée d'une ouverture correspondant à l'appareil. La civière est soulevée par un treuil et déposée lentement sur les rails de soutien. On règle la pression qu'exerce l'orifice bombé d'irradiation sur la peau en permettant à la civière de s'engager plus ou moins entre les rails.

De cette façon, on peut irradier facilement la surface dorsale et les surfaces latérales du corps.

Pendant ce temps, un deuxième malade est couché sur une autre civière et est placé sur un ascenseur sous l'appareil, en croix avec le premier. Il est monté, après orientation convenable, contre l'ouverture inférieure.

De cette façon, l'on peut irradier les faces latérales et ventrales du corps.

C'est ce que montre la figure (fig. 2 ; cette réalisation est aisée et les malades peuvent être placés dans toutes les positions imaginables.

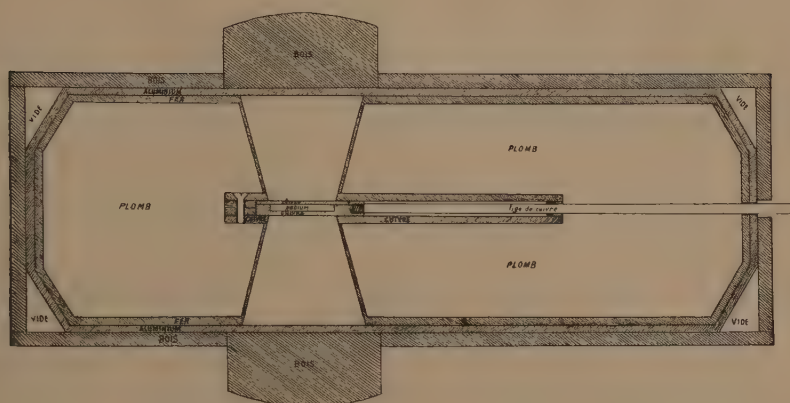


FIG. 1. — Schéma de l'appareil contenant quatre grammes de Radium-élément.



FIG. 2. — Traitement simultané de deux malades par curiethérapie profonde.

La distance de la peau au foyer ne peut être inférieure à 115 millimètres.

Pour des cancers situés à peu de profondeur sous la peau, cette distance pourra être augmentée de 40 à 50 millimètres en modifiant la bombe de substance organique qui obture le canal central de l'appareil, de telle sorte que la néoplasie à traiter soit toujours située à 150 ou 170 millimètres du foyer, ce qui nous donne en outre une meilleure répartition en profondeur.

Le dosage du rayonnement utilisé sera des plus simple : la source unique d'irradiation est immuable et donne naissance à un rayonnement constant, toujours semblables à lui-même.

M. le Professeur Piccard nous a établi des courbes de rayonnement mesurées à l'ionomètre une fois pour toutes, donnant la quantité de rayons reçue par la porte d'entrée cutanée située à une distance connue et facile à mesurer exactement. D'autre part, on peut établir, avec une approximation suffisante, la distance peau-tumeur, et M. Piccard nous a établi par comparaison ionométrique, faite au moyen d'un fantôme, la quantité de rayons qui parviendra à la tumeur, celle-ci étant diminuée suivant la loi du carré des distances d'une part, et par l'absorption des tissus d'autre part.

La précision des courbes est suffisante pour enlever à cette méthode tout empirisme.

La cellule de radium peut être poussée par une tige extérieure dans une des masses latérales de plomb, et l'irradiation sera ainsi « éteinte ».

Les malades étant convenablement mis en place, l'appareil peut être « allumé » en amenant le radium au centre de l'ouverture.

Nous n'avons pas encore d'expérience des résultats que nous obtiendrons, mais les résultats incontestables qui ont été obtenus par la roentgenthérapie, et dont on trouve des preuves dans le bon rapport du Professeur Beuttnner, nous autorisent à supposer que la curiethérapie à distance en donnera de meilleurs, le rayonnement gamma du radium étant

certainement plus sélectif et moins noctif que le rayonnement de roentgenthérapie.

Nous avons adopté cette méthode parce que nous pensons qu'il est plus logique de tâcher d'irradier toute la zone néoplasique probable ou possible par de grands champs, plutôt que d'essayer de les traiter par une méthode ayant pour base de multiples petites portes d'entrée.

Une néoplasme est entouré d'une zone d'envahissement impalpable, indiatagnosticable, des ganglions ou simplement des espaces intercellulaires ; il faut donc chercher à l'irradier tout entière de façon suffisante.

Pour pouvoir le faire, il nous fallait une méthode à technique simple et indolore, et c'est ce que nous espérons obtenir.

Nous avons demandé à M. le Professeur Dustin de vouloir bien nous aider en faisant l'analyse histologique de nos tumeurs, et à notre collègue, le Docteur Renaux, de nous établir les réactions hématologiques et urinaires de nos malades. Cette collaboration est indispensable, non seulement pour diriger convenablement des traitements aussi importants, mais aussi pour assurer la vérification des résultats obtenus.

★
★★

Nous nous rallions à la proposition du Professeur Regaud sur la façon d'établir nos statistiques et nous espérons qu'il ressortira de ce congrès la nécessité de les établir toutes sur une base unique.

★
★★

Nous pensons traiter de cette façon :

1° Les métastases ganglionnaires éventuelles de la plupart des tumeurs cancéreuses pour autant qu'elles ne soient pas situées trop près d'un organe trop radiumsensible.

2° Certains cancers profonds qu'on ne peut atteindre par aucun orifice naturel.

3° Les applications de curiethérapie à distance pourront peut-être être suivies avantageusement d'applications curiethérapiques locales, telle par exemple l'application vagino-

utérine si bien mise au point par l'école de Regaud pour le cancer du col utérin.

4° Cette irradiation pourra *peut-être*, dans certains cas, précéder avantageusement un acte chirurgical, par exemple exérèse du sein, hystérectomie élargie.

Notre opinion sur ces points est encore une inconnue que lèveront les expériences que nous allons tenter à Bruxelles.

★
★ ★

Nous voudrions terminer en émettant un principe qui nous paraît être à la base de toutes bonnes curiethérapies du cancer : il faut *avant tout* que toutes les *voies possibles d'extension* d'une néoplasie soient irradiées de *façon suffisante*, de manière à *ramener la tumeur vers son point d'origine*, de manière à la *concentrer*, à la *contracter*. Et cette tumeur ainsi localisée, ramenée à l'état de tumeur *au début*, doit être traitée dans la suite par la *curiethérapie locale* ou par la *chirurgie*.

★
★ ★

Curiethérapie du cancer utérin

Dr. R. PROUST (Paris)

Le très remarquable rapport de Regaud sur le « Traitement du Cancer du col de l'utérus par les radiations » me dispense, par l'importance et la valeur de son exposé, d'entrer dans les détails que j'eusse, sans cela, été naturellement amené à signaler dans ma Communication. Mais il est quelques points sur lesquels toutefois je dois m'arrêter. Ces points qui semblent être surtout d'un intérêt chirurgical — car vous me pardonnerez de me placer au point de vue surtout du chirurgien — ont tout de même, je l'espère, une grande valeur au point de vue de la curiethérapie et de la radiothérapie, et c'est pourquoi vous me permettrez d'y insister.

Le premier de ces points concerne le type de l'envahissement lymphatique dans le cancer de l'utérus. Nous avons

tous remarqué qu'au cours de son développement le cancer du col présente d'abord un stade uniquement utérin dans lequel l'infiltration lymphatique du ligament large n'est pas perceptible, un deuxième stade dans lequel sur les côtés de l'utérus existe un envahissement partiel du ligament large (de l'un ou de l'autre côté), mais permettant encore la mobilité utérine ; un troisième stade dans lequel le ligament large (et dans ce cas la lésion est à peu près toujours bilatérale) est envahi dans sa totalité, bloquant complètement l'utérus, et enfin un quatrième caractérisé par l'envahissement très complet des culs de sacs postérieur et antérieur et du petit bassin, mais c'est là un point clinique sur lequel je n'insiste pas.

Ce sur quoi je veux insister, c'est la raison pour laquelle il y a une démarcation si marquée, entre ce que j'appellerai l'envahissement juxta-utérin du ligament large (2^e stade) et, au contraire, l'envahissement total (3^e et 4^e stades). Je crois par l'étude anatomique des lymphatiques d'une part, et les conclusions que je tire de mes constatations chirurgicales d'autre part, pouvoir arriver à l'explication suivante :

La voie lymphatique qui est envahie en premier lieu dans le cancer du col de l'utérus, la « voie principale » de Leveuf et Godard, longe l'utérine jusqu'au tiers externe du ligament large et monte ensuite en avant de l'uretère, c'est celle qui se termine au ganglion principal situé le long de la veine iliaque externe, à la bifurcation de l'artère iliaque, c'est le premier pédicule, pédicule transversal ou préuretéral de Cunéo et Marcille. L'envahissement de ce département lymphatique se fait suivant une sorte de triangle que nous pouvons appeler triangle interuretéo-utérin. Cliniquement, c'est cet envahissement qui correspond à ce que nous appelons l'envahissement juxta-utérin des ligaments larges avec début d'effacement et de plénitude des culs-de-sacs mais conservation de la mobilité utérine. C'est, à notre avis, le dernier terme de la possibilité opératoire pour ceux qui poussent l'exérèse jusqu'à ses dernières limites, et pour ceux qui préfèrent justement la curiethérapie, dans ce cas, on peut dire que les lésions s'étendent à peu près exactement jusqu'à la limite de l'action du radium placé par la voie utéro-vaginale.

Telles sont les caractéristiques de l'envahissement lymphatique de ce que nous appellerons le triangle inter-urétéro-utérin ou deuxième stade de l'envahissement cancéreux alors que dans le premier l'utérus seul est envahi.

Lorsque l'envahissement cancéreux dépasse ce deuxième stade, il y a alors réplétion de la voie lymphatique que nous pouvons appeler pédicule secondaire et qui est le deuxième pédicule ou pédicule hypogastrique de Cunéo et Marcille, pédicule dont les vaisseaux vont se terminer au ganglion du groupe hypogastrique qui est ordinairement placé sur le tronc terminal antérieur de l'hypogastrique au niveau de l'origine de l'utérine ou de la vaginale.

La propagation du néoplasme à ce département lymphatique, l'envahissement de ce que nous pouvons appeler l'espace ou le triangle inter-urétéro-pelvien, produit cliniquement ce que nous appelons l'envahissement total du paramètre (avec presque toujours alors envahissement bilatéral).

Cette extension du néoplasme par l'envahissement du département lymphatique secondaire est une contre-indication opératoire typique comme l'existence d'un énorme envahissement du triangle sus-claviculaire dans le cancer du sein et entraîne cette conséquence que, vu l'extension des lésions, la simple application utéro-vaginale de radium est insuffisante. C'est pour de tels cas que, avant qu'eussent été poursuivies dans mon service, les recherches sur l'irradiation du bassin par la curiethérapie à distance, je préconisais avec mon collaborateur et ami Mallet l'introduction par laparotomie de tubes de radium dans la gaine de l'artère hypogastrique, c'est-à-dire justement en plein centre de cet espace inter-urétéro-pelvien. (1)

Quand, enfin dans le stade encore plus avancé qui, à la vérité se confond souvent avec le troisième, en même temps que le néoplasme se développe de plus en plus les voies lymphatiques postérieures, celles qui se dirigent vers la concavité sacrée et qui constituent le troisième pédicule ou pédicule du promontoire de Cunéo et Marcille, sont envahies et qu'en

.. PROUST et MALLET. Pose de radium par voie abdominale. Société de Chirurgie de Paris, 15 juin 1921.

même temps sont également gagnées par le néoplasme les voies lymphatiques qui sillonnent la face antérieure du dôme vaginal, il y a cliniquement en même temps que l'envahissement total des culs de sacs latéraux disparition des culs de sacs antérieur et postérieur et l'enchâssement total de l'utérus de toutes parts.

Dans ces cas extrêmes toutes les statistiques s'accordent à ne donner que des résultats infimes. Seule, je crois l'application très prolongée de doses moyennes utéro-vaginales de radium, aidée d'une application de curiethérapie à distance est capable de donner des résultats palliatifs du cancer utérin.

Cette curiethérapie à distance va me retenir un instant.

Je vous rappellerai tout d'abord que mes collaborateurs Mallet et Coliez ont présenté le 3 février 1925, c'est-à-dire il y a maintenant plus d'un an, à l'Académie de Médecine, un très intéressant appareil de curiethérapie à distance dont je vous reproduis ici la disposition schématique, et caractérisé par ce fait que trois masses importantes de radium (100 milligrammes chacun) sont placés à 10 centimètres de distance de la peau dans des cassettes de plomb qui constituent de véritables localisateurs, si bien que pour les rayons qui sortent de chaque appareil, tout se passe comme si on pouvait diriger ces rayons dans les régions qu'on désire (en réalité on se contente d'annuler les rayons qui partiraient dans une autre direction) ; si bien qu'on peut faire converger dans la profondeur au point choisi les trois groupes de faisceaux qui ont chacun leur porte d'entrée distincte. On peut ainsi avoir au niveau de l'utérus 60 % de la dose reçue à chaque porte d'entrée jusqu'à une action épidermicide marquée. On se trouve avoir au niveau du néoplasme une dose tangente à la dose érythème, ce qui en matière de rayons du radium semble bien être une dose cancéricide. Rien n'empêcherait, du reste, s'il y avait lieu, de multiplier davantage les portes d'entrée.

Quoiqu'il en soit, cet appareil a permis d'obtenir un pourcentage de doses profondes par rapport à la dose superficielle qui, à beaucoup près, n'avait jamais — et je tiens beaucoup à insister sur ce point — été obtenue avant cela.

Et dans l'étude de la répartition des doses données par cet appareil, nous avons été amenés avec MM. Mallet et

Coliez à préciser en fonction de l'énergie consommée par l'appareil et de sa distance par rapport aux lésions à traiter, la dose reçue par les tissus et à demander ainsi la création d'une unité qui corresponde à la dose reçue par chaque centimètre de tissu, quelque chose de comparable au coefficient d'éclairement.

Cette dose, nous l'exprimons en unité D (initiale du regretté Dominici qui a tant fait pour la curiéthérapie).

Et établissant un rapport entre cette unité physique et l'unité biologique, nous disons que pour les rayons du radium convenablement filtrés la dose érythème moyenne correspond environ à 17 unités D et la dose épidermicide à environ 32 unités D, chiffres qui semblent indiquer un écart plus grand qu'on ne le met en général entre la dose érythème et la dose épidermicide, mais qui tient à ce que nous entendons par dose érythème le premier degré d'érythème et par dose épidermicide une destruction absolument totale de l'épiderme.

Cette unité D, du reste, se relie directement, comme je l'ai exposé à l'Association française du Cancer (séance du 21 décembre 1925) à l'unité R de Solomon et à sa correspondance avec les diverses unités radiothérapiques telles que l'unité H, ce qui nous permet d'arriver par suite avec Lahm à l'unification des doses thérapeutiques, qu'elles soient de rayons X ou de rayons du radium, mais en ayant bien soin de faire suivre l'unité quantitative de la caractéristique qualitative du faisceau employé.

C'est avec l'excellent ionomicromètre de mon collaborateur Mallet, que Regaud a bien voulu signaler dans son excellent rapport que toutes ces mesures ont été prises et que nous avons pu établir les schémas d'irradiations permettant d'irradier convenablement des ligaments larges.

Je dois dire que les résultats obtenus par cette irradiation *continue* des ligaments larges nous a semblé infiniment supérieure à l'irradiation *discontinue* obtenue par la radiothérapie.

En particulier j'ai récemment présenté à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 3 mars 1926) une malade totalement inopérable, présentant une infiltration complète des ligaments larges (3^e stade), dont les lésions avaient totalement rétrocedé

par l'application de la curiethérapie à distance par l'appareil de Mallet et Coliez.

Aussi, sans vouloir m'élever contre l'inclusion de tubes de radium dans la gaine de l'artère hypogastrique, méthode qui m'a permis d'obtenir des survies qui semblaient impossibles à prévoir dans 10 % des cas de grand envahissement ainsi qu'à la suppression totale des abominables douleurs pelviennes dans près de la moitié des cas, méthode qui reste excellente pour ceux qui disposent de faibles quantités de radium, je crois que dans les services qui disposent de larges quantités, la curiethérapie à distance est préférable, et je crois que la méthode de Mallet et Coliez, à laquelle je suis heureux de rendre hommage est appelée à un très grand avenir.

Messieurs,

Nous venons d'étudier les conditions d'envahissement des ligaments larges, nous venons de voir que l'introduction du radium dans la profondeur, si favorable, peut leur être étendue à cette nouvelle méthode ; je voudrais vous faire part des idées auxquelles je suis arrivé au sujet de la durée de l'irradiation.

Il est bon tout d'abord de vous rappeler que cette prolongation de la durée des irradiations qui est si favorable pour les malades, nous en devons le principe aux techniques de l'Institut du Radium, basées en particulier sur les travaux si importants de Regaud. Mais dans mon service nous nous sommes montrés plus royalistes que le roi, c'est-à-dire que nous avons employé des durées sensiblement supérieures à celles que Regaud avait préconisées.

Je ne veux pas revenir ici sur cette question qui a déjà fait l'objet de larges discussions au Congrès de Strasbourg en 1924, mais je rappelle que c'est surtout sur la méthode de mensuration de l'index karyokinétique qu'a été basée cette durée de la prolongation, et qui nous a permis d'obtenir pour des néoplasmes semblant très radio-résistants, des disparitions que je continue à croire impossible avec des durées plus courtes.

A ce propos je ferai observer à Regaud que l'objection qu'il oppose dans son rapport à un schéma publié par de Na-

bias, tient probablement à ce qu'il a cru qu'il s'agissait d'une coupe alors qu'il s'agit d'un schéma de démonstration.

J'en arrive, Messieurs, aux résultats qui peuvent être obtenus aujourd'hui dans le traitement curiethérapique du Cancer du col. Et à ce propos je voudrais insister sur le fait suivant.

Vous vous souvenez que lorsqu'au début de l'opération de Wertheim on voulait connaître les résultats donnés par cette opération au point de vue de la survie, on se rendit vite compte qu'il était nécessaire, ainsi que Winter l'avait bien établi le premier, de connaître le coefficient de curabilité absolue, d'envisager la totalité des malades examinées de façon à compenser la sélection trop favorable des cas traités, et vous vous rappelez qu'on était arrivé à l'excellente formule rectifiée de Waldstein. C'est ainsi par exemple que le pourcentage des guérisons durables de la statistique de Chauta qui était de 44 %. Il serait souhaitable que la même chose fût faite pour le radium, mais en attendant ces corrections nécessaires que j'espère l'avenir nous apportera, voyons si vous voulez quels sont les chiffres actuels qu'on peut considérer comme établis étant donné que pour la plupart nous traitons la presque totalité des cas qui se présentent à nous dans les limites de nos disponibilités en radium.

Je joins à ma communication le relevé de ma statistique que je n'avais pas publié dans son intégralité jusqu'à ce jour, car je trouve qu'il serait nécessaire d'avoir un recul de 5 ans et je crois qu'à l'heure actuelle pour les cas anciens et solidement guéris on ne peut guère espérer mieux qu'environ 20 %.

Or, mon Service n'ayant été ouvert qu'au premier janvier 1922, je ne donne ma statistique qu'à partir de cette date :

Année 1922 :

Malades traitées	64
Vivantes	16 soit 25 %
Décédées	48

Année 1923 :

Malades traitées	81
Vivantes	25 soit 30 %
Décédées	56
	<hr/> 81

Année 1924 :

Malades traitées	61
Vivantes	37 soit 60 %
Décédées	24
	<hr/> 61

Année 1925 :

Malades traitées	30
Vivantes	25 soit 83 %
Décédées	5
	<hr/> 30

Total des malades traitées	236
Vivantes actuellement ..	103 soit 43 %
Décédées	133
	<hr/> 236

Mais sur ces 43 % de malades survivantes, j'estime que la guérison solide n'existe que dans environ la moitié des cas, pour l'ensemble, et dans environ un tiers pour les plus récents.

J'en reviens aux conclusions d'un article que j'ai donné à la *Presse Médicale* avec mon collaborateur Mallet (*Presse Médicale* n° 9, 1 février 1922), à savoir que sur la valeur durable des résultats du radium nous n'avons encore une preuve de sa supériorité sur l'interventian. Tout dernièrement encore je viens de réopérer une malade que mon cher et vénéré maître Pozzi avait avec moi opéré d'un Wertheim et qui a récidivé au bout de 12 ans.

Lorsque nous posséderons des statistiques de 12 ans de radium si le pourcentage n'est pas trop affaibli nous pourrons alors avoir des données définitives sur sa valeur en temps que guérisons durables.

Aussi bien à l'heure actuelle et pour me résumer, de ce que j'ai vu depuis plus de quatre ans que j'ai l'honneur de diriger un service de curiethérapie, et de ce que j'ai vu pendant 10 ans dans le service de mon cher maître le Prof. Pozzi dont j'avais l'honneur d'être l'assistant, je crois pouvoir conclure ceci :

Pour les malades des 3^e et 4^e stades, c'est-à-dire pour les malades avec envahissement des paramètres, c'est-à-dire pratiquement inopérables, la curiethérapie est une ressource admirable et parfois miraculeuse.

Pour les malades du 2^e stade, c'est-à-dire les malades présentant un envahissement paramétral juxta-utérin, c'est-à-dire opérables, pour les unes, juxta-opérables ou non opérables pour les autres, je crois la curiethérapie absolument indiquée car, en dehors même des avantages que donne son absence de mortalité, je crois que la durée des survies est supérieure à celle que donne une opération qui se passant en tissu cancéreux risque de faire tout de suite de l'ensemencement.

Mais pour les cas du début, strictement intra-utérins, je crois jusqu'à nouvel ordre, l'opération de Wertheim supérieure parce que je connais pour elles des durées de survies qui à mes yeux n'ont pas encore été établies pour le radium.

J'ajoute, du reste, qu'avec les perfectionnements des méthodes que notre maître Jean-Louis Faure a apporté à l'opération de Wertheim, et depuis la publication de ses splendides résultats il n'y a vraiment pas d'objection valables à y faire pour les cas d'extrême début.

★
★★

Curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus

I. DE FOURMESTRAUX, de Chartres

Nous éprouvons quelque hésitation à prendre la parole après notre maître Jean Louis Faure, car les idées que je veux défendre sont les siennes et je les défendrai avec moins de talent que lui.

Nous croyons cependant que la conduite à tenir en présence d'un cancer du col utérin est moins difficile à préciser que ne semblerait le faire supposer l'ensemble de faits un peu touffus exposés ici.

Il y a dans le cancer utérin, un premier stade où la lésion est entièrement justifiable de la chirurgie. Au stade utérin, à la période où il n'y a pas d'envahissement lymphatique du ligament large, intervention seule. Quand un chirurgien a l'heureuse et trop rare fortune, d'opérer un cancer à cette période de son évolution, l'exérèse élargie de son acte opératoire réglé, donnera une sûreté et une qualité de guérison que ne donne pas le radium. Il semble bien du reste que ces conclusions sont celles non seulement de J. L. Faure mais aussi de celles de curiethérapeutes qui ont été et restent des chirurgiens éminents comme Begouin et Proust.

Dans un deuxième stade : envahissement partiel du ligament large, atteinte inégale du paramètre, l'utérus est encore mobile, ou en tout cas n'est pas entièrement bloqué, un curetage sous anesthésie rapide a débarrassé le col de ses bourgeons infectés et sanglants. Question de tempérament chirurgical, de confiance dans l'hystérectomie élargie, et surtout dans les résultats que donne le drainage à la Mickulicz.

Nous avons depuis que nous employons cette technique depuis 1918, pu reculer plus loin les limites de l'exérèse et obtenir des résultats infiniment meilleurs que ceux de notre pratique d'avant guerre.

La statistique que nous avons présentée à la Société de Chirurgie l'année dernière, sans atteindre la perfection de celle de J. L. Faure, nous donne cependant environ 62 pour cent de guérison (malades observées de 2 à 5 ans depuis l'intervention). Nous laissons de côté nos cas d'avant-guerre, encore que nous ayons eu l'occasion de voir ces jours-ci des malades consolidées depuis plus de 10 ans.

Nous croyons, que c'est dans les cas moyens que la curiethérapie, peut jouer un rôle particulièrement utile. Il est hors de doute qu'une application de radium, faite six semaines avant une hystérectomie, facilite cette dernière, et rend opérable, des cas qui sans elle se seraient présents dans des conditions d'opérabilité beaucoup plus fâcheuse.

Quand dans un troisième stade il y a un envahissement lymphatique étendu à la plus grande partie du territoire pelvien, quand l'utérus est bloqué, immobilisé, l'intervention a comme conséquence immédiate un désastre. La seule chose à faire au point de vue chirurgical est de faire une ligature des hypogastriques qui a l'avantage d'arrêter presque toujours les hémorragies, et dans les cas particulièrement douloureux de tenter une sympathicotomie des artères hypogastriques ; intervention que nous avons pratiquée deux fois, et qui a déterminé un arrêt net des phénomènes douloureux. C'est là malgré tout une chirurgie lamentable, et c'est chez de tels malades, que la radiothérapie pénétrante est indiquée, et que l'application de radium à doses considérables par voie abdominale paraît intéressante. Cette méthode ne peut évidemment être employée que dans un centre disposant de doses énormes de radium. Cette irradiation continue des ligaments larges semble supérieure à l'irradiation discontinue que donne la radiothérapie ultra pénétrante.

La question somme toute est encore loin d'être au point et c'est le seul recul des années qui dira quelle est celle de ces méthodes qui donne les moins mauvais résultats dans les phases ultimes de cette horrible lésion. La vérité est qu'il faut pouvoir intervenir au premier et au deuxième stade de l'évolution du cancer avant que les barrières lymphatiques ne soient trop largement dépassées. Le jour où l'éducation des médecins et du public mieux faite permettra au chirurgien d'examiner une malade dès l'apparition du signal d'alarme hémorragie, nous aurons des guérisons avec consolidation définitive et nous en aurons beaucoup. Ceci ne sera pas le fait de gens particulièrement entraînés, ou doués d'une virtuosité spéciale, mais de tous les chirurgiens qui voudront bien apprendre à faire une colpo-hystérectomie élargie et à placer correctement un Mickulicz, c'est-à-dire de la grande majorité des chirurgiens professionnels.

**Résultats du traitement radium-chirurgical transabdominal
des épithéliomas inopérables du col utérin (1)**

(Cas traités du 15 septembre 1922 au 31 mars 1925)

Statistique arrêtée le 31 mars 1926

Docteurs F. DELPORTE et J. CAHEN

Nous voudrions vous soumettre les résultats obtenus à l'Institut du Radium de Bruxelles dans le traitement radium-chirurgical des Cancers inopérables du col utérin.

Ce sont les cas qui présentent un envahissement étendu de la région lymphatique « persistant après la curiethérapie vaginale ». J'insiste sur cette spécification, parce que la radium-chirurgie s'adresse surtout à ces cas inopérables pour lesquels le traitement vaginal est suffisant.

Les infiltrats néoplasiques, comme vous le savez, s'étendent le long des voies lymphatiques, soit paramétriale, soit utéro-sacrée, en continuité avec la lésion d'origine.

Ou bien, ils entreprennent les premiers relais lymphatiques constituant des infiltrats en discontinuité avec la lésion initiale, au niveau des ganglions de l'artère iliaque externe de l'hypogastrique ou de promontoire. Leur diagnostic par l'examen gynécologique n'est pas toujours facile et c'est du traitement de ces infiltrats que nous voudrions vous parler.

Ces cancers du col inopérables se présentent très nombreux dans les consultations hospitalières ; ils affluent davantage encore dans les centres anticancéreux où se rassemblent les rebuts de la chirurgie. L'étude comparative des grandes statistiques, et principalement des statistiques allemandes, nous montre que 60 % des cas examinés dans les services hospitaliers ne relèvent plus de la chirurgie. Dans la plupart des centres anticancéreux, 75 % des malades arrivent trop tard pour pouvoir bénéficier de l'exérèse chirurgicale complète. Pour le plus grand nombre, le diagnostic précoce n'a pas été posé, par négligence de la malade souvent, par incurie médi-

(1) L'article in-extenso (46 observations) in « Le Cancer », n° 4, 1925.

cale parfois. Tous nos efforts doivent se porter vers ces malades. C'est pour elles que de nombreuses méthodes sont nées. La radiumchirurgie, l'une d'entr'elles, nous a rendu des services très appréciables, que nous voulons exposer.

Au début, nous avons traité les cas inopérables par des méthodes curiethérapiques simples. Deux ou trois foyers de 10 mgr., fortement filtrés à 2 mm. de platine, disposés dans le vagin durant 6 à 8 jours, représentaient toute la technique. Quelquefois, nous pouvions pratiquer une application utéro-vaginale, dans des cas particulièrement favorables où la utérine était repérable, ou le devenait après quelques jours d'application vaginale seule. Dans les cas les plus favorables, ou sans infection secondaire redoutable, nous avons eu recours à l'aiguillage périphérique de la lésion du col.

Permettez-nous, à ce sujet, de relever une affirmation continue dans le rapport de Mr. le Prof. Regaud.

Il condamne la radiumpuncture comme une méthode aveugle dans le territoire de l'urètre et de l'artère utérine, et susceptible d'occasionner des accidents de nécrose par une bêta-thérapie grossière et dangereuse.

Jamais, au cours de nos nombreux aiguillages, nous n'avons observé ces accidents de nécrose qu'il signale et qu'il attribue aux rayons secondaires.

Quant au danger de blesser l'artère utérine ou l'urètre, nous croyons qu'un gynécologue averti ne peut s'y arrêter.

L'examen attentif et mensuel des malades traitées par ces méthodes a fait notre enseignement. Nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que la cicatrisation locale des lésions est parfaite, mais que les masses ganglionnaires atteintes diminuent de volume sans disparaître. Cependant dans certains cas, faisant exception, l'examen clinique ne permet plus de déceler l'existence d'infiltrat néoplasique.

Les autres, plus nombreux, ne présentent pas ces apparences de la guérison ; les voies lymphatiques restent indurées. Les cellules néoplasiques semblant sidérées à leur niveau, ne manifestent que quelques mois après une nouvelle activité, et leur pullulation, alors, n'est plus arrêtée.

Ceci démontre que la technique utéro-vaginale, dans les épithéliomas inopérables, ne donne qu'exceptionnellement

un résultat suffisant, que dans le plus grand nombre de cas les zones lymphatiques n'ont pas été stérilisées par l'irradiation.

Voulant atteindre ces voies lymphatiques le plus tôt possible, nous avons utilisé la radiothérapie profonde 1 à 2 mois après l'intervention vaginale. Quelques cas isolés ont paru fournir un résultat favorable. Les guérisons ont été le plus souvent instables, les résultats immédiats eux-mêmes n'ont pas toujours répondu à notre espoir.

Nous avons songé qu'il serait préférable d'attaquer les tumeurs tout d'abord par la périphérie et dans leurs voies de propagation, en transposant dans le domaine de la curiethérapie les principes généraux de la chirurgie des tumeurs malignes. Pour ce faire, une disposition du radium au niveau des paramètres et dans le corps utérin au-dessus de l'isthme, réalisée par voie abdominale, nous parut séduisante. Cette technique, nous l'avons décrite, nous n'insistons pas ⁽¹⁾.

Elle consiste en une radumpuncture de l'utérus au-dessus de l'isthme, accompagnée du placement de deux foyers dans les paramètres après décollement du feuillet antérieur du ligament large (fig. 1). Elle présente les avantages généraux de la radiumchirurgie, permet d'y voir clair, grâce à une bonne voie d'accès, rend possible un diagnostic précis de l'étendue des lésions, facilite la mise en place du radium là où il peut faire œuvre utile, au niveau même des régions ganglionnaires.

Pratiquée de cette façon, avant toute application vaginale, autant dire avant toute désinfection sérieuse du col par destruction de la tumeur, la technique transabdominale présentait de sérieux inconvénients. Elle a été la cause d'accidents très graves. Certes, nous disposions le radium le long des infiltrations néoplasiques, mais en même temps en plein oedème inflammatoire des paramètres. Malgré la protection soigneuse de la grande cavité péritonéale, nous avons perdu des malades à cause de cette erreur.

Nous avons soigné par cette méthode : application intra-abdominale en premier temps, suivie de 2 à 15 jours après,

(1) In "Le Cancer", 1924, nos 1 et 3, et 1925, n° 1.

d'une application cervico-vaginale, une série continue de 22 malades.

1^{er} groupe : 22 cas (traités par une méthode abdomino-vaginale en deux temps rapprochés) ; technique à rejeter :

15 décès : 4 par accidents opératoires infectieux ; 1 par hystérectomie post-radium pratiquée par un chirurgien étranger ; 10 de leur affection néoplasique.

7 guérisons apprentes (1 de 3 ans et 1 mois, 3 de 3 ans, 3 de 2 ans et 10 mois), soit 31,81 %.

A cette époque, vers le mois de juin 1923, nous étions très impressionnés par les accidents que nous avons eus, et ; si nous n'avions persévéré en modifiant sensiblement notre façon de faire, nous aurions été amenés, comme Proust, à abandonner une méthode qui n'était pas sans graves inconvénients. Cependant, nous ne pensions pas revoir, 3 ans après leur traitement, les malades qui nous étaient arrivées en si mauvais état. Nous voulions éviter ces infections qui s'étaient terminées par la mort de 5 de nos malades qui nous semblaient justement des cas plus favorables que les autres pour le traitement.

Nous avons décidé de faire, en premier temps, une application par voie vaginale, pour désinfecter le col utérin et débarrasser les paramètres de leur oedème inflammatoire. Cette manière de procéder a priori nous paraissait peu logique, nous pensions préférable de courir au plus pressé et l'irradier en premier lieu les voies d'extension du néoplasme. Pour éviter cet écueil, nous avons pratiqué l'application par voie abdominale très peu de temps après l'irradiation par voie vaginale.

Un deuxième groupe de 4 malades a été traité par cette technique.

2^e groupe : 4 cas (technique vagino-abdominale en deux temps) à rejeter :

Accidents opératoires : néant.

Décès : 4 (3 malades sont mortes dans l'année ; quand le traitement curiethérapique échoue, la tumeur continue son

évolution avec un retard peu sensible ; 1 malade est morte dans le courant de la 2^e année).

Ces 4 cas étaient tous des cas mûrés ou très avancés.

Ces interventions pratiquées après application vaginale de radium, nous avaient permis certaines constatations. Au cours de ces laparatomies, nous n'avons plus trouvé d'utérus gros, violacé, turgescent, recouvert d'un péritoine très adhérent et épaissi s'étalant sur des ligaments larges dont les veines sont grosses, d'aspect variqueux, et les paramètres infiltrés d'un oedème mou. A l'ouverture de l'abdomen, nous avons découvert des organes plus sains, d'aspect et de coloration meilleurs, de consistance plus ferme, les paramètres moins gonflés, sans qu'ils soient pourtant recouverts d'un feuillet péritonéal facilement détachable (fig. 2). Nous avons vu qu'il faut attendre, après l'application vaginale, un temps suffisant pour permettre à tous les phénomènes inflammatoires de disparaître, pour permettre également la disparition de la réaction due au traitement curiethérapique. L'application intra-abdominale n'est autorisée qu'après cicatrisation complète de la lésion du col et du dôme vaginal, recouverts d'une nouvelle muqueuse ; après résorption des infiltrats inflammatoires et de ceux qui constituent la réaction au traitement même. Un ou deux mois après l'application vaginale, ce résultat est obtenu. Cette technique vagino-abdominale nous a servi dans un 3^e groupe de 20 cas.

3^e groupe : 20 cas (technique vagino-abdominale en deux temps éloignés) :

Accidents opératoires : néant.

Décès : 9, de leur affection néoplasique.

Guérisons apparentes : 11 (1 de 2 ans et 11 mois, 2 de 2 ans et 7 mois, 1 de 2 ans et 6 mois, 2 de 3 ans et 3 mois, 1 de 1 an et 3 mois, 4 de 1 an), soit 55 %.

Nous continuons à employer cette technique, qui nous a donné des résultats très satisfaisants sans faire courir de risques sérieux aux malades. Nous la réservons aux cas inopérables qui présentent un infiltrat décelable cliniquement 6 semaines environ après une application vaginale de radium, ou aux cas opérables chez lesquels on reconnaît un envahis-

sement des lymphatiques qui avait passé inaperçu avant l'application vaginale de radium. Si l'exploitation clinique montre des ligaments tout à fait souples et mobiles, nous considérons que l'application par voie vaginale seule assure le résultat.

Mr. le Prof. Regaud, dans son admirable rapport, nous fait l'honneur de condamner la radiumchirurgie comme « n'ayant plus aucun intérêt pratique et constituant un recul et non un progrès ». Dans l'état actuel de nos connaissances, cette appréciation ne nous paraît pas justifiée. Une méthode qui, malgré les imperfections des premières applications, donne 30 % de succès de plus de 3 ans, quand il s'agit de cancers inopérables largement étendus au tissu cellulaire du bassin, nous paraît avoir, au contraire, un réel intérêt pratique.

Mr. le Prof. Regaud n'apporte pas, que je sache, d'arguments de cet ordre et l'opinion qu'il exprime repose sur le fait suivant :

Nous avons à notre disposition des procédés d'irradiation par la surface du bassin, soit au moyen de R. X., soit au moyen d'appareils de radium puissants, procédés beaucoup plus simples et inoffensifs.

Actuellement, ce sont là des espoirs, non encore des réalités. Nous vivons, en curiethérapie, une période expérimentale et toutes nos techniques actuelles évoluent et sont destinées à disparaître.

Nous avons tous l'espoir d'améliorer le traitement des cancers inopérables du col utérin par l'irradiation à distance et à grande intensité.

Cette méthode, proposée par Krönig, Stenström, Kelly, le groupe du Memorial Hospital de New-York et les collaborateurs de Lazarus Barlow au Middlesex Hospital, il y a pas mal d'année, est expérimentée partout. Pouvons-nous, dès à présent, affirmer sa supériorité ?

Théoriquement, oui, pratiquement, pas encore, parce que nous n'avons aucune statistique avec le recul indispensable.

CONCLUSIONS

Messieurs, nous venons de vous exposer succinctement les résultats du traitement radiumchirurgical des épithéliomas inopérables du col.

Nous les croyons intéressants relativement à la qualité des cas auxquels cette méthode s'adresse.

Nous vous avons dit combien impatiemment nous attendions de pouvoir faire état des résultats de l'irradiation à distance et à grande intensité.

Nous ne pensons pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, en curiethérapie, nous puissions déjà condamner une méthode, surtout si, aux résultats qu'elle donne, nous ne pouvons en opposer d'infiniment meilleurs.

Notre but a été d'apporter aux débats des résultats qui exigent un recul de 3 ans et qu'il nous a semblé important d'enregistrer au cours de l'évolution incessante et rapide de nos connaissances en curiethérapie.

★ ★

Curiethérapie du cancer du col de l'utérus

Dr. ROBERT MONOD (Paris)

Notre communication est basée sur l'étude de 75 cas de cancer du col de l'utérus qui ont été traités par l'association curiethérapie-hystérectomie au cours des années 1920, 21, 22, 23, 24 et 25, dans le service du Professeur Gosset au centre anticancéreux de la salpêtrière.

EXPOSÉ DES CAS

Il s'agissait dans nos 75 cas de cancers épithéliaux vérifiés par l'examen histologique (examens pratiqués par M. Yvan Bertrand et Magrou (chefs de laboratoire de la clinique de la Salpêtrière).

La majorité de nos malades étaient de mauvais cas chirurgicaux, adressés comme tels par différents chirurgiens, considérés comme inopérables, soit en raison de l'extension des lésions (envahissement du vagin et d'un paramètre) soit en raison de la précarité de l'état général (malade infectées, anémiées ou obèses).

Bien entendu dans tous nos cas la mobilité utérine était

au moins partiellement conservée ; ils correspondent aux cas *moyens* des statistiques classées en catégories.

Notre statistique est globale, non divisée en cas bons, médiocres et mauvais, distinction toujours un peu arbitraire. La plupart de nos malades avaient entre 40 et 50 ans ; dans 10 cas, il s'agissait de femmes de 35 ans et au-dessous : cancers de jeunes.

CONDITIONS DU TRAITEMENT

1^r TEMPS. — 1^o *Curiéthérapie* : Traitements pratiqués par Mr. le Docteur Wallon, assistant de radiumthérapie à la Salpêtrière.

2^o *Technique* : La technique suivie est, à quelques détails près, celle préconisée par Monsieur Regaud et ses collaborateurs. Traitement unique par application de tubes soit d'émanation, soit de sels de radium. Tubes groupés en 4 foyers, 3 vaginaux, un utérin.

Durée de l'application étalée entre 5 et 10 jours.

Dose moyenne : de 50 à 60 millicuries avec un minimum de 22,02 (Obs. IV, dose insuffisante, survie de 3 ans) ; et dose maxima de 81,75 (Obs. XII, guérison se maintenant depuis 3 ans et 10 mois).

2^e TEMPS. — *Chirurgie*. — Après un intervalle variant de 4 à 6 semaines, nous pratiquons, après l'application de radium, une hystérectomie totale, de préférence élargie (Wertheim).

UTILITÉ DE L'ASSOCIATION

L'association du radium et de la chirurgie nous paraît recommandable dans le traitement du cancer de l'utérus, comme elle l'est dans le traitement de différents cancers, (le cancer de la langue par exemple), pour lesquels, après destruction par le radium de la lésion locale, on laisse à la chirurgie le soin d'enlever les ganglions régionaux.

a) La curiéthérapie pré-opératoire présente à nos yeux deux avantages majeurs qui sont :

Le premier, d'arrêter la marche extensive du cancer et de

diminuer les risques d'essaimage au cours des manœuvres opératoires ;

Le deuxième, par la destruction des bourgeons et la cicatrisation des ulcérations cancéreuses, de supprimer du même coup le foyer d'infection dont ils sont le siège.

L'expérience nous a, en effet, démontré que, loin de compliquer la chirurgie, la curiethérapie pré-opératoire permet une intervention plus simple et offrant moins de risques, du fait qu'on opère à froid, sur des lésions cicatrisées.

C'est ainsi que 32 fois nous avons pu pratiquer très simplement une hystérectomie totale élargie avec dissection des uretères exactement comme s'il n'y avait pas eu antérieurement une application de radium ; nous pouvons même dire avec une technique simplifiée puisque nous avons pu chaque fois fermer nos parois sans drainage et que jamais nous n'avons jugé nécessaire la mise en place d'un mickuliz.

b) Par contre l'hystérectomie consécutive nous paraît justifiée :

1° Parce qu'elle vient compléter l'action trop restreinte du radium dont l'effet sur les lymphatiques pelviens doit être insuffisante, et même nuisible, quand il existe des ganglions à distance. Sauf dans ceux cas, où nous avons eu une récurrence vaginale, le siège des récidives a toujours été abdominale ou pelvien, par conséquent lympho-ganglionnaire.

Nous avons trouvé à plusieurs reprises des ganglions envahis que l'intervention a permis d'enlever ; dans un cas, Obs. 48, il existait un gros ganglion situé très loin le long des vaisseaux iliaques externes au niveau du détroit supérieur dont l'envahissement néoplasique a été vérifié par l'examen histologique.

2° Parce que l'examen microscopique des pièces enlevées après irradiation a révélé dans de nombreux cas (20 fois) la persistance de foyers néoplasiques non éteints, point de départ possible d'une récurrence.

Ces constatations histologiques nous autorisent en conséquence à penser que la chirurgie donne, après le radium, une seconde garantie de guérison.

RÉSULTATS

Sur les 75 cas traités dans un premier temps par le radium, 70 cas ont subi secondairement une hystérectomie totale : 5 fois, on dut y renoncer :

Dans 4 cas, en raison de l'envahissement des ganglions des chaînes ilio pelviennes ; on fit une simple laparotomie exploratrice. Ces 4 malades sont morts au bout de 4 mois, 15 mois, 18 mois.

Dans 1 cas, en raison de l'envahissement du petit bassin et de la vessie, on se contenta de terminer par une hystérectomie sub-totale (malade décédée au bout de 8 jours).

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Sur les 70 hystérectomies totales pratiquées, nous avons eu 4 décès opératoires.

2 morts sur 27 en 1922 (Obs. 6 et 7)

2 morts sur 25 en 1923

0 mort sur 18 en 1924 et 25

Dans ces 4 cas suivis de décès, l'examen des utérus enlevés a montré :

2 fois des lésions en activité (obs. 6 et 7) non guéries par le radium.

2 fois des lésions stérilisées par le radium qui auraient peut-être guéries sans opération.

Cause des morts :

1 seule par infection ;

1 par épuisement (tuberculose pulmonaire et hydronéphrose) ;

1 par embolie pulmonaire au 6^e jour ;

1 par embolie cérébrale au 13^e jour (malade variqueuse au hypertension artérielle).

Ces 4 cas étaient de mauvais cas à la limite de l'opérabilité et pour lesquels nous n'avions pu faire qu'une hystérectomie totale simple.

Au contraire dans les cas meilleurs permettant de pratiquer une hystérectomie élargie avec dissection des uretères et ablation des ganglions, nous n'avons pas eu de décès ;

Nous comptons 32 opérations de Wertheim sans mort, ce qui démontre qu'après le radium le Wertheim reste non seulement possible mais donne le minimum de risques.

RÉSULTATS A DISTANCE

Grâce à la précieuse collaboration de la ligue contre le cancer (1), nous avons pu rester en relation constante avec nos opérées. Elles sont soumises périodiquement à notre examen ; en vue d'établir le bilan que nous apportons, la plupart ont été récemment examinées.

Cas éliminés de la statistique 11 :

5 traitements incomplets, tous les 4 morts (4 laparotomies exploratrices, 1 hystérectomie sub-totale));

4 décès opératoires ;

2 cas guéris au dernier examen, perdus de vue.

$$75 - 11 = 65 \text{ cas}$$

Sur les 65 cas suivis, nous comptons : 20 décès, 1 récidence et 43 guérisons.

Soit en bloc 67 % de guérison dont 2 de plus de 5 ans, 1 de plus de 4 ans, 14 de plus de 3 ans, 19 de plus de 2 ans et 7 entre 1 et 2 ans.

Mais il nous paraît préférable pour apprécier les résultats éloignés, de diviser cette statistique en 2 périodes.

La première comprend 25 cas (qui, il y a 3 ans, le 2 mai 1923, ont déjà fait le sujet d'un rapport présenté à la Société de Chirurgie de Paris (2). Ces cas ont été traités en 1920, 1921 et 1922. Le plus ancien a dépassé 5 ans, le plus récent a dépassé 3 ans (3 ans et 3 mois).

(1) Que nous remercions en la personne de Mesdames Lippmann et Raymond auxquelles nous devons les éléments de cette statistique.

(2) Séance du 2 mai 1923. Rapport de M. A. Gosset.

Cf. OTAVE et ROBERT MONOT, « Paris Médical », n° 7, 16 février 1924.

GOSEET et ROBERT MONOD, « Paris Médical », n° 7, 16 février 1924.

Pour ces 25 cas de plus de 3 ans nous comptons : 15 guérisons, 60 % ; 10 récidives.

La deuxième tranche comprend 40 cas qui ont été traités : 23 en 1923, 9 en 1924 et 8 en 1925, total 40 cas.

Sur ces 40 cas : 9 échecs et 31 guérisons.

Et si nous n'envisageons que les cas de 1923 (cas ayant 2 ans 1/2 jusqu'à 3 ans 1/2 d'ancienneté, ceux de 1924 et 1925 étant trop récents), nous comptons :

Sur 23 cas : 8 échecs et 15 guérisons ayant dépassé 2 ans depuis le traitement. C'est donc à 1 cas près le même résultat que pour la statistique de 1922, 65 %.

DURÉE DES SURVIES

La durée des survies est intéressante à envisager pour les deux périodes que nous considérons :

1° Pour la première période allant jusqu'en 1923 :

Sur 10 décès :

1 seul au cours de la 1^e année : 6 mois occlusion (Observ. 27)

6 au cours de la 2^e année

1 après 2 ans (2 ans et 2 mois)

1 après 3 ans (3 ans et 1 mois)

2° L'étude de la deuxième tranche donne des résultats analogues :

Sur 7 décès, malades traités en 1923 :

1 décès au cours 1^e année, 6 mois

5 décès au cours 2^e année

1 décès au bout de 2 ans

En réunissant les deux périodes, sur 17 décès : 11 sont survenus au cours de la 2^e année.

Il existe donc une période critique (fin 2^e année, début 3^e année).

Après 3 ans les récidives sont moins fréquentes :

La comparaison des résultats de 1922 et de 1923 confirme cette conclusion que les cas ayant dépassé 3 ans peuvent être considérés, dans une très grande proportion, comme des guérisons définitives.

SIÈGE DES RÉCIDIVES

La plupart des malades décédées ont été autopsiées, ce qui nous renseigne sur le siège des récidives ou des métastases.

Nous trouvons : Récidives vaginales : 2 fois seulement ;
récidive à la fois vaginale et abdominale : une fois ;

Métastases ganglionnaires régionales : les plus fréquentes ;

Métastases à distance : plus rares : 1 cas de métastase vertébrale, 1 cas de métastases digestives étagées.

Ces constatations démontrent que c'est du côté des paramètres et des pédicules lymphatiques et moins du côté du vagin qu'il faut donc porter notre effort au point de vue exérèse : c'est du côté du petit bassin et du côté des ganglions qu'il convient de faire large au cours de l'hystérectomie.

RÉSULTATS DES EXAMENS HISTOLOGIQUES DES PIÈCES OPÉRATOIRES

La persistance des lésions cancéreuses a été constatée 20 fois dans les utérus enlevés par hystérectomie.

Sur ces 20 cas, 5 cas sont à éliminer (2 décès opératoires (Obs. 6 et 7), 3 traitements incomplets).

Sur les 15 cas suivis : 7 sont morts (Obs. 5, 29, 32, 35, 40, 52 et 60) ; 8 restent guéris (Obs. 13, 30, 36, 48, 51, 63, 64 et 70).

Si donc on peut reprocher à l'opération 2 morts (par embolie (1) par contre, elle compte à son actif 8 guérisons durables, après l'échec du radium.

La persistance des lésions cancéreuses après la curiethérapie assombrit le pronostic sur les 15 cas avec examen histologique positif nous comptons 7 morts (près de 50 %), alors que nous comptons seulement 11 morts (25 %) pour les 43 cas suivis avec examen histologique négatif. Ces chiffres mettent donc bien en valeur l'utilité de l'hystérectomie qui guérit un peu plus de la moitié des cas non guéris par le radium (8 sur 15).

(1) Voir résultats opératoires : 2 morts opérations avec examen histologique négatif.

Examens histologiques positifs des utérus irradiés

Type histologique	Dose de radium	Date hystérectomie	Examen des pièces	Résultat
Epithélioma pavimenteux.	V. 32.25 } U. 18.71 } 50.94 4 jours	8 ^e semaine	Sur les coupes transversales pratiquées à différents niveaux du col : infiltration néoplasique discrète ; îlots de grandes cellules à noyaux difformes karyokynèses atypiques.	Mort 2 ans et 2 mo
Epithélioma pavimenteux épidermoïde très voisin du type cutané spinocellulaire. Mitoses nombreuses.	V. 38.73 } U. 18.31 } 57.05	7 ^e semaine	Double foyer : néo du col cicatrisé, néo du corps en évolution, petit foyer d'épithélioma à cellules peu différenciées : karyokynèse, très nombreuses atypiques.	Guérison 3 ans et 8 mo
Epithélioma pavimenteux.	V. 31.89 } U. 20.74 } 52.65	—	Epithélioma baso-cellulaire, très grosse activité, dégénérescence centrale des boyaux épithéliaux.	Mor 1 an
Epithélioma pavimenteux baso-cellulaire, pas de globes cornés, karyokynèses nombreuses.	V. 35.34 P.s de sonde 15 jours	—	Travées épithéliales ayant tous les caractères de la malignité ; moustruités, nucléaires nombreuses.	Guérison 3 ans et 3 mo
Epithélioma glandulaire du vagin et du col.	V. 37.37 } U. 21.60 } 5.97	6 ^e semaine	Persistance de noyaux néoplasiques de l'utérus avec nécrose kystique.	Mort
Epithélioma baso-cellulaire.	31.91 4 jours	5 ^e semaine	Lésions néoplasiques en voie de régression. Ganglions positifs.	Mort 4 mois avec métastases gangl. iliaque axill. inguin.
—	2 traitements vaginaux	—	Epithélioma baso-cellulaire en activité. Monstruosités et nombreuses mitoses.	Guérison 2 ans et 6 mo
Epithélioma baso-cellulaire.	V. 29.18 } U. 10.59 } 39.67	8 ^e semaine	Nombreuses travées d'épithélioma baso-cellulaire au niveau du col sans signes de régression.	Métastases vertébrales
Epithélioma baso-cellulaire.	V. 32.88 } U. 29.81 } 62.69	7 ^e semaine	Utérus : stérilisation complète ; ganglions, paramètre droit positifs.	Guérison 2 ans et 2 mo
Début : transformation épithéliale d'une ulcération métritique.	U. 18 5 jours	2 ^e semaine	Boyaux épithéliaux à tendance lobulée au niveau du col.	Guérison

Examens histologiques positifs des utérus irradiés

	Type histologique	Dose de radium	Date hystérectomie	Examen des pièces	Résultat
52	Epithélioma basocellulaire stroma réaction marquée.	V. 43 U. 14.40 } 51.60 18 jours	6 ^e semaine	Persistance boyaux basocellulaires en plein myomètre, dans le mésovarium et mésosalpinx métastase épithélioma primitif.	Mort avec récurrence vaginale et pelvienne en 6 mois
60	Epithélioma basocellulaire.	V. 28.64 3 jours	4 ^e semaine	Envahissement de l'extrémité inférieure de l'utérus et du cul de sac vaginal, toute l'épaisseur de l'utérus envahie jusqu'au paramètre.	Mort
63	Epithélioma basocellulaire.	V. 32.40 U. 28.80 } 61.20	5 ^e semaine	Portion marginale du col stérilisée dans la partie centrale, envahissement des plans musculaires. Lésions dans les paramètres. Ganglions intacts.	Guérison
64	Epithélioma basocellulaire.	V. 30.60 U. 21.60 } 52.20	8 ^e semaine	Quelques microkystes. Vestiges épithéliomaux.	Guérison
70	Epithélioma spinocellulaire.	V. 32.40 U. 28.80 } 61.20	—	Boyaux peu actifs.	Guérison
62	Epithélioma à évolution épidermoïde.	V. 41.20 U. 28.35 } 69.55	4 ^e semaine	Persistance de lésions sur le vagin.	?
6	Epithélioma spinocellulaire.	V. 12.24 Pas de sonde	5 ^e semaine	Epithélioma muqueux. Activité dans l'utérus.	Mort
7	Epithélioma pavimenteux Malpighien.	V. 18.64 U. 21.12 } 39.76	2 ^e semaine	Myomètre largement envahi par noyaux d'épithélioma.	Mort
23	Epithélioma pavimenteux.	V. 30 U. 30 } 60	—	Vestiges de néoplasme.	?
24	Epithélioma basocellulaire.	V. 30 U. 24 } 54	5 ^e semaine	Lésions : les unes en voie de régression, les autres en activité.	?

CONCLUSIONS

Il résulte de l'examen impartial des faits que nous venons d'exposer :

1° Que l'hystérectomie est praticable et même simplifiée après une application de radium. 69 hystérectomies : 4 morts, dont 32 Werthem : 0 mort.

2° Que l'hystérectomie doit être faite le plus largement possible ; les examens microscopiques démontrant que le siège des récidives est plus souvent pelvien que vaginal.

3° Que l'opération donne après le radium une seconde garantie de guérison (sur 15 cas où le radium avait été insuffisant, 8 cas guéris par la chirurgie).

4° Les résultats obtenus par l'Association curietherapie-hystérectomie (60 % de guérison de plus 3 ans) nous poussent à poursuivre l'application de cette méthode qui réunissant les avantages respectifs de la curietherapie et de la chirurgie, paraît, pour l'instant, donner aux malades, le maximum de chances de guérison.



**Risultati e considerazioni sulla curietherapia del cancro
dell'utero**

Dott. INNOCENZO ODESCALCHI

(Clinica Ostetrica Ginecologica della R. Università di Milano.)

Se oggidì nella curieterapia del cancro dell'utero otteniamo dei risultati ben valutabili attraverso le percentuali di guarigioni che resistono alla prova del tempo, li dobbiamo certamente riferire alla adozione di tecniche ispirate ai principi radiobiologici non solo, ma attuate con quei criteri clinici che convengono al caso singolo. Mentre il criterio clinico, che ci guida nella cura, è prerogativa del ginecologo, il fatto di poter impiegare una tecnica corretta è condizionato dalla sufficiente disponibilità di sostanza radicattiva, corrispondente al numero delle malate da trattare. Non è infatti ozioso ricordare che quando il radium fa difetto, e si vogliono far beneficiare del

trattamento tutte le bisognose, senza poterle irradiare in misura sufficiente, si frustrano sistematicamente i risultati e si induce in noi stessi la convinzione che l'efficacia del radium non superi l'azione di un palliativo qualunque. Questo volli dire perchè anche nella nostra clinica, quando si intrapresero i primi tentativi di curieterapia del cancro dell'utero, la nostra scarsa e mal distribuita dotazione, sproporzionata al numero di malate ricoverate pel trattamento, non ci permise di conseguire risultati probativi del metodo. Ma nel corso dell'anno 1923 la dotazione venne riformata e accresciuta, portandola da 80 a 200 mgr. Ra. el., e si poté iniziare un trattamento metodico e corretto delle nostre pazienti, conseguendo quei risultati che ho l'onore di poter qui riferire.

Le tecniche di applicazione che seguimmo furono a seconda dei casi quelle di Regaud, quelle di Proust - de Nabias, e quelle di Delporte-Cahen; quest'ultima fu presa a modello per le applicazioni intraddominali sia intra- che extra-peritoneali, pei casi che richiesero questo genere di trattamento.

Il periodo di osservazione dopo il trattamento varia da un minimo di un anno ad un massimo di tre anni; le malate trattate dall'Aprile 1925 in poi non sono qui prese in considerazione. Ho creduto opportuno di suddividere i casi nelle due categorie di operabili ed inoperabili, comprendendo le forme che poterono essere sottoposte ad un trattamento con indirizzo curativo; ho escluso le forme diffuse poichè queste si giovarono della Röntgenterapia profonda in modo prevalente e dovrebbero essere classificate tra i casi trattati colla associazione radium-röntgen, di cui qui non si fa cenno per non uscire dall'ambito del tema in discussione. I carcinomi della portio e del canale cervicale (epidermoidi e non epidermoidi, forme miste, cilindrocellulari) sono compresi in un'unica categoria, gli adenocarcinomi del corpo stanno a parte e così pure le recidive dopo operazione.

Casi con periodo di osservazione di 2 a 3 anni:

82 curate con 31 guarite (37,8 %, di cui

31 operabili con 17 guarite (54,8 %),

45 inoperabili con 11 guarite (24,4 %),

5 recidive dopo isterectomia con 2 guarite,

1 carcinoma del corpo dell'utero guarito (operabile).

Nota : 5 malate non guarite si trovano ancora in buone condizioni generali, 2 malate furono perdute di vista e sono poste tra le non guarite, 3 decedettero per complicanze settiche dipendenti dal trattamento.

Casi con periodo di osservazione da 4 a 2 anni :

86 malate con 50 guarite (58, 1 %), di cui

50 operabili con 36 guarite (70,5),

28 inoperabili con 9 guarite (32,1 %),

4 recidive dopo isterectomia con 2 guarite,

4 carcinomi del corpo con 3 guarite (forme operabili).

Nota : 2 decessi per complicanze settiche inerenti al trattamento, 3 perdute di vista e considerate non guarite, 2 non guarite ma ancora in buone condizioni generali.

E' già conosciuto il fatto che lo scarto maggiore di malate sottoposte alla curieterapia avviene nel primo anno dopo il trattamento, sia per il sorgere di metastasi nei linfatici regionali che per la diffusione per contiguità nel cellulare pelvico ; solo dopo un anno il risultato conseguito dà affidamento di mantenersi e lo scarto negli anni successivi si riduce intorno al 20 %. Ma nella nostra casistica risalta una differenza assai sensibile tra le percentuali di guarite dopo 1-2 anni e quelle dopo 2-3 anni ; ciò dipende dal fatto che le malate curate nel primo semestre del 1923, non poterono fruire di una corretta tecnica di trattamento (pel fatto che i nostri mezzi non consentivano allora la somministrazione di dosi sufficienti) e parecchie malate dovettero ricorrere ad un trattamento supplementare verso la fine dell'anno, quando le maggiori disponibilità di sostanza radioattiva ce lo consentirono.

Tra i molteplici ed importanti aspetti della odierna curieterapia del cancro dell'utero, che possono formare altrettanti argomenti di utile discussione, io mi limito a prospettare quelli che mi sembrano degni di maggior rilievo anche in rapporto colle opinioni correnti prospettate nelle relazioni. In primo luogo il problema della dose e della distribuzione cronologica del trattamento ; quindi le indicazioni riguardanti gli epitelomi cilindrici in genere e gli adenocarcinomi del

corpo in specie ; da ultimo la questione della radiocirurgia e della curieterapia a distanza.

Per quanto riguarda la dose di radiazione gamma che conviene somministrare, mi sembra che i limiti ad essa fissati, dalla tecnica di Regaud siano troppo ristretti e non possano convenire a tutti i casi che ci si presentano pel trattamento. Regaud ritiene che 60 millicurie distrutti rappresentino la dose massima, al di là della quale non convenga andare perché inutile ai fini della sterilizzazione dell'elemento neoplastico e perchè si potrebbe compromettere l'integrità dei tessuti sani circostanti. Ora, se dobbiamo tener per fermo che nei carcinomi si debba somministrare la dose più alta, compatibile naturalmente colla conservazione dei tessuti, ed escludendo che anche sopra i tessuti neoplastici si verifichino fenomeni di radionecrosi (in quanto per la sterilizzazione dobbiamo far assegnamento sull'azione elettiva della radiazione e non su quella caustica diffusa) questa dose, dico, varierà a seconda delle condizioni di spazio nelle quali l'irradiazione si svolge : l'ampiezza della vagina ed il volume della neoplasia. Se la dose di 60 m. c. d. conviene nella media dei casi, quando l'ampiezza della vagina è notevole c'è tutto il vantaggio di aumentare questa dose fino a 80-90 m. c. d. senza incorrere in alcun pericolo. Non potendosi misurare la dose effettivamente assorbita, se non con approssimazione, dobbiamo attenerci al criterio di commisurare la dose distrutta nel focolaio radioattivo alla tolleranza locale, e qui ci soccorrono i risultati dell'esperienza clinica. In alcune delle nostre pazienti potemmo somministrare dosi di 100 millicurie distrutti per via utero-vaginale, e ottenemmo delle regressioni, cui seguì la guarigione della forme, senza avere fenomeni di radionecrosi. Ciò che si osservò in questi casi fu una reazione infiammatoria semplice a carico della mucose rettale, reazione che durò una decina di giorni e scomparve senza esiti. E' molto probabile che la durata della irradiazione intervenga come elemento favorevole a rendere tollerata questa dose, giacchè il trattamento viene di regola suddiviso in due periodi, ciascuno dei quali comprende un diverso territorio d'irradiazione ; nel primo la lesione viene irradiata dalla via vaginale e dalla parte bassa del canale cervicale, e nel secondo dalla

parte alta del canale e dalla cavità uterina. Il trattamento unico continuativo, se ubbidisce a precetti di ordine radiobiologico, urta contro delle difficoltà di ordine clinico. La dilatazione preliminare del canale cervicale importa un traumatismo locale e l'apertura di una via all'infezione ascendente, i quali non sono impediti con sufficiente sicurezza nè dalla disinfezione coi mezzi chimici o colle soluzioni ipertoniche, nè dalla vaccinazione locale secondo Besredka ; quest'ultima sarà sempre utilissima per attenuare la virulenza dei germi, quando esistano streptococchi emolitici, anche nel caso in cui si rinunci alla dilatazione preliminare dell'utero. Ora non essendo affatto dimostrato che il trattamento in due tempi sia meno efficace di quello in un tempo unico, e potendo il secondo periodo di cura seguire il primo a distanza di 8-10 giorni, e intervenire sopra lesioni in via di avanzata regressione, deterse per l'azione indiretta che il radium esercita sull'infezione concomitante, io credo che l'adozione proposta torni a tutto vantaggio della sicurezza della cura, e meriti di essere attuata sistematicamente. Ciascuno dei due periodi di irradiazione ha una durata di 8-10 giorni e tutto il trattamento, compreso il periodo di intervallo è terminato entro un mese. Un altro vantaggio dell'irradiazione in due tempi deriva dal fatto che nel secondo periodo, quando la proliferazione ha regredito, torna molto opportuno di appostare uno o più focolai radioattivi presso alla base d'impianto della neoplasia, prima non raggiungibile, ed accrescere così l'efficacia della cura.

Ancora a proposito della distribuzione cronologica del trattamento, devo aggiungere che le brevi applicazioni di 24-48 ore ripetute a distanza di settimane o di mesi, siano assolutamente da proscriversi ; esse conducono sistematicamente all'insuccesso, perchè nessuna di queste singole applicazioni sterilizza il neoplasma, il quale si fa progressivamente radioresistente, mentre i tessuti sani circostanti si sensibilizzano, per modo che il risultato terapeutico non potrebbe essere più di sostroso. Parecchi casi che sono giunti alla Clinica dopo avere subito serie di irradiazioni siffatte, hanno sempre dimostrata una radioresistenza acquisita ; pur tuttavia qualche successo può essere ancora ottenuto, quando fu possibile postare dei

focolai in punti diversi e lontani da quelli precedentemente irradiati, adottando una debole intensità di radiazione molto filtrata e per un periodo assai lungo (15 giorni).

Circa l'indicazione al trattamento degli epitelomi cilindro-cellulari le opinioni sono ancora divise ; tutti riconoscono che questa varietà di carcinomi possiede una radiosensibilità minore rispetto a quella degli epitelomi derivanti dall'epitelio piatto, per cui a parità di condizioni, la dose sufficiente per i secondi non basta a sterilizzare i primi. Ma adottando il criterio di somministrare la dose massima, e soprattutto allungando la durata della irradiazione, io potei constatare delle regressioni complete e durevoli ed un procento di guarigioni a distanza di poco inferiore a quello ottenuto nelle forme ad epitelio piatto. Sopra 15 forme di epitelomi del canale cervicale a cellule cilindriche, ottenni 5 guarigioni datanti da oltre un anno ; ebbi però a constatare tra le cause di insuccesso in ben 4 casi la formazione di metastasi nei gangli iliaci e lombari, che annullarono il beneficio della guarigione locale. Ma questa evenienza può egualmente compromettere anche i casi sottoposti con successo alla exeresi chirurgica.

Per gli adeno-carcinomi del corpo dell'utero il problema terapeutico si presenta di più difficile soluzione : oltre alla radiosensibilità scarsa, esiste una condizione sfavorevole derivante dalla conformazione della cavità uterina, per lo più deformata e dilatata, e per lo stato delle pareti, infiltrate e assottigliate in modo irregolare e non apprezzabile coll'esame strumentale. Non a torto si deve mantenere l'indicazione per il trattamento chirurgico ; già Oppert, alcuni anni addietro, aveva posto in evidenza le cause di inefficacia della curieterapia, attuata colla irradiazione a mezzo di sonde contenenti tubi di radium. Eistono però dei casi che pur essendo operabili non possono sopportare l'intervento chirurgico. E qui conviene fare qualcosa, mettendo a profitto delle risorse di tecnica che creino condizioni di irradiazione meno sfavorevoli, di quello che comente la sonda introdotta in casità, e che giace per gravità sulla parete posteriore dell'organo. Ho fatto costruire all'uopo, due anni addietro, un istrumento porta-radium, che presentai alla riunione dei radiologi dell'Alta Italia che ebbe luogo a Milano nell'Ottobre 1924,

Si tratta di un manicotto a cilindro lungo circa 15 cm. e del diametro di un dilatatore Hegar n° 15, entro il quale scorre un mazzetto di 8 asticine di acciaio elastico, alla sommità di ciascuna delle quali si adatta un tubo di radium; queste asticine sono curvate in modo che, una volte liberate dal manicotto che le racchiude e nel quale scorrono liberamente, divergono in senso, radiale, formando altrettante branche rigide che vanno a disporsi circolarmente ad altezze diverse contro le pareti della cavità uterina. L'istrumento è caricato con 8 tubi da mgr. 3,33 di Ra. el., viene introdotto previa dilatazione del canale, e portato sino al fondo della cavità uterina avvolto nel cilindro, questo poi viene tolto, per modo che le 8 branche siano lasciate libere di espandersi e portarsi contro le pareti. L'apparecchio è applicato una sol volta ed è mantenuto in sito per tutta la durata del trattamento. Le secrezioni della cavità scolano liberamente all'esterno, convogliate dall'istrumento stesso che è foggiato nel manico a spirale elastica di acciaio inossidabile. Nessun inconveniente si ebbe mai a verificare nel corso dei trattamenti eseguiti finora. I casi trattati con tale metodo sommano a sei e di questi 5 conseguirono la guarigione clinica, che dura rispettivamente da 30-20-18-13-8 mesi. Tutti questi casi erano operabili. Ho voluto descrivere con qualche dato di dettaglio l'apparecchio da me ideato, perchè credo che il suo impiego rappresenti un miglioramento sensibile nella tecnica della curieterapia dei carcinomi del corpo dell'utero.

L'associazione radio-chirurgica, intesa nel senso di attuare vie chirurgiche di accesso per la postazione di focolari radioattivi, non usufruendo delle cavità naturali del corpo, non trova concordi le opinioni degli autori. C'è chi la condanna e chi la consiglia, e le argomentazioni pro e contro lasciano veramente perplessi sul valore da attribuire al metodo. Bisogna anzitutto dichiarare che chi proscrive la chirurgia di accesso, poggiandosi su dati di ordine teorico, non ha mai personalmente attuato tale metodo. In secondo luogo il campo delle indicazioni della radio-chirurgia nel cancro dell'utero riguarda casi inoperabili che hanno già subito la cura dalla via vaginale, e che non hanno conseguito la regressione totale delle lesioni, perchè la diffusione di queste esor-

bitava dal raggio d'azione dei focolai vaginali ed uterini; questi casi, se mai, avrebbero dovuto entrare nel dominio della Röntgenterapia, ma tutti conosciamo quali scarsi risultati ci danno i raggi X quando succedono al trattamento col Radium. Casi dunque da ritenersi come disperati, e nella cura dei quali noi siamo autorizzati ad impiegare un sistema di trattamento che dia qualche affidamento di successo. Questi casi non sono molti e dalla esatta valutazione preventiva della entità delle lesioni, dipende il risultato. Secondo la nostra esperienza i casi che sono suscettibili di tale genere di cura sono quelli che presentano limitate diffusioni neoplastiche nel cellulare pelvico iuxta-uterino, infiltrati sdoppianti i foglietti del legamento largo, e che non hanno ancora preso aderenze con la parete pelvica, di più le diffusioni neoplastiche che dal collo si sono portate verso l'alto infiltrando la parete del corpo.

I casi trattati nella Clinica Ginecologica di Milano sommano 15, di questi 8 furono sottoposti all'applicazione addominale di radium per via transperitoneale, e 7 per via di extraperitoneale. La tecnica seguita fu quella proposta da Delporte-Cahen. Si ebbero a deplorare 3 decessi, di cui 2 per peritonite ed 1 per tromboflebite; 5 malate ottennero la regressione delle lesioni e la guarigione clinica: questa data rispettivamente da 27-26-16-11-6 mesi. In questi casi il radium fu tenuto applicato da 4 a 7 giorni continuativi, con dosi varianti da 25-40 m. c. d. I risultati finora ottenuti fanno ritenere che l'applicazione del radium in addome, pur rimanendo un procedimento di eccezione, meriti di essere adottato nell'ambito dell'indicazioni più sopra enunciate.

La curieterapia esterna, attuata con focolai radiferi di grande intensità applicati a distanza di 8-10-12 cm. dalla superficie del corpo, rappresenta il metodo più recente al quale sono affidate le risorse estreme del radium contro il cancro dell'utero che già abbia inviato propaggini nella profondità del cellulare pelvico, e che perciò non può essere efficacemente irradiato dalla via vaginale ed uterina. Tutti i vantaggi della Röntgenterapia, in rapporto alla omogeneità della irradiazione ed alla possibilità di ottenere una buona dose profonda per mezzo dell'incrocio di diversi fasci provenienti da

altrettante porte di entrata cutanee, sono uniti ai vantaggi della maggiore elettività della radiazione gamma verso l'elemento neoplastico, all'azione continuativa della irradiazione per tutta la durata del trattamento, alla costante emissione di raggi della medesima qualità e intensità.

Di questo metodo noi abbiamo potuto valerci solo dalla fine dello scorso anno, e perciò è assolutamente prematuro il voler riportare dei risultati; nei pochi casi finora trattati si poté constatare un effetto pronto nel senso di conseguire con rapidità le modificazioni regressive della neoplasia; talvolta queste furono fin troppo rapide e tali da dar luogo ad emorragie per lo sgretolamento di voluminose masse neoplastiche. I disturbi generali e le modificazioni sanguigne sono minimi in confronto di quelle prodotte dalla Röntgentherapie. L'apparecchio da noi impiegato per la curieterapia esterna è quello proposto da Mallet, formato da tre cupole in piombo dello spessore di 2 cm. collocate sopra un supporto arcuato in legno, e disposte con un'inclinazione di 45° l'una rispetto all'altra, per modo che essendo la cupola centrale perpendicolare alla superficie dell'addome, le due esterne sono inclinate ad angolo retto fra di loro. Il raggio centrale di ciascuna delle cupole s'incontra con quello delle altre a 10 cm. di profondità dal piano cutaneo. La distanza fuoco-pelle è di 10 cm. e la filtrazione primaria di 1 mm. platino. In questo apparecchio è distribuito mezzo grammo di radium elemento. Le misurazioni eseguite coll'ionomicrometro forniscono i seguenti dati: a 10 cm. dal punto di emissione, cioè al livello della cute la radiazione è trasmessa a 10 cm. di profondità nella proporzione del 20 %, così per l'incrocio dei tre fasci si ottiene in profondità il 60 % della dose data in superficie da ciascun focolaio. Le curve di isodosi sono disposte in modo che alla profondità di 10 cm. dalla cute abbiamo una zona delle dimensioni di circa 6×10 cm. che riceve una dose eguale. La dose epidermica in superficie è ottenuta in circa 400 ore di irradiazione.

La curieterapia del cancro uterino è entrata da qualche anno nella pratica della ginecologia; l'isterectomia totale addominale conserva però ancora tutto il suo valore di metodo curativo; solo le indicazioni dell'operazione si sono notevolmente limi-

tate, e ciò a tutto vantaggio dei risultati immediati e lontani dell'intervento. Potendo fare una accurata scelta dei casi ed operando solo quelli iniziali ed in condizioni generali migliori, la mortalità operatoria cadrà a cifre minime e le guarigioni durevoli saliranno a percentuali dell'80 % ed oltre, mentre finora gli operatori più provetti non hanno avuto più del 40 % di guarigioni a 5 anni. Il fatto che mediante la curieterapia si possono ottenere altrettanti successi è previsto, ma non ancora dimostrato con la scorta di dati statistici ; quand'anche ciò fosse, nella scelta del genere di trattamento da seguire si deve procedere sempre col criterio di valutare i risultati tanto nell'intervento come del radium che si ottengono in ciascun ambiente ospedaliero : perchè se la maestria dell'operatore è coefficiente primo nel successo dell'exeresi chirurgica, non lo è meno l'attrezzamento e la precisione di tecnica nella curieterapia. E laddove una di tali condizioni di cose prevale sull'altra, le indicazioni pel trattamento dei buoni casi operabili saranno spostate a vantaggio del metodo che si è dimostrato il più sicuro. Per questi casi anche l'operazione prece-duta e seguita dalla curieterapia potrà attuarsi, armonizzando opportunamente la dose e la successione cronologica dei trattamenti. Ma io non ho esperienza personale sopra questa associazione, perchè nella clinica ginecologica di Milano, da tre anni sono affidati alla curieterapia tutti i cancri del collo dell'utero, ad esclusione di quelli assolutamente iniziali che sono operati ; ma questi ultimi sono purtroppo eccezionalmente rari.

RESUME

M. ODESCALCHI (Clinique Gynécologique de l'Université de Milan) rapporte les résultats des cas traités en 1923 et 1924. Cas de 1923 : 82 avec 31 guéries (37,8 %) parmi lesquels 31 opérables avec 17 guéries (54,8 %) et 45 inopérables avec 11 guéries (24,4 %). Cas de 1924 : 86 cas avec 50 guéries (58 %), parmi lesquels 50 opérables avec 36 guéries (70,5 %), 28 inopérables avec 9 guéries (32,1 %), 4 récidives après hystérectomie avec 2 guéries, et 4 cancers du corps avec 3 guéries. Recommande le traitement en deux temps (vaginal et utérin) avec des doses de 80 m. c. d. environ, en 15 jours d'irradia-



Tumeur extirpée, en capsule de peau.

tion. Les cilindrocellulaires du col et les adéno-carcinomes du corps lui ont donnés des résultats assez favorables. Pour ces derniers il propose un instrument à ressort qui sert à irradier d'une façon homogène la cavité utérine. Emploie la radiochirurgie abdominale selon Delporte, bien qu'il la juge un traitement d'exception, et croit dans l'avenir de la curiethérapie par foyers extérieurs, qui est déjà employée depuis décembre 1925 à la Clinique de Milan, avec l'appareil à cupules de Mallet, chargé avec un demi gramme élément.

★
★ ★

Curiethérapie du cancer de l'utérus

N. DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA, Paris

Au cours de curiethérapie du cancer de l'utérus, surtout quand les paramètres sont envahis, les masses néoplasiques considérables se résorbent sans qu'il se produise des phénomènes d'immunisation : les récidives sur place et les métastases sont malheureusement jusqu'à présent le sort d'un grand nombre de malades traitées, et cela nous fait garder une certaine réserve à l'égard des tentatives d'immunisation avec les tumeurs irradiées in vitro (*Contamin, Chambers, Scott, Russ, Kellok* et autres).

Nous sommes en train d'étudier l'immunisation active contre le cancer à l'aide d'une nouvelle méthode, consistant à conserver les tumeurs vivantes en dehors de l'organisme, en capsule de peau : les tumeurs s'affaiblissent progressivement, suivant la durée de conservation et me servent alors à immuniser les animaux. Je ne puis pas entrer ici dans les détails de ces expériences parce que cette question n'est pas à l'ordre du jour, elle pourrait l'être, peut-être, pour le prochain Congrès. Je voudrais seulement signaler qu'avec un, deux même trois traitements préalables on n'obtient pas d'immunité contre le cancer, que cette immunisation est en général très difficile et très laborieuse et que, à cause de cela, il est peu probable

qu'elle puisse prochainement servir de base, à un traitement anticancéreux spécifique. Il ne nous reste que la chirurgie et les rayons, la métallothérapie étant encore tout au début.

Bien que la curiethérapie ne crée pas d'immunité générale contre les récidives et les métastases, elle présente cet avantage devant la chirurgie, qu'étant appliquée largement, elle peut attaquer les foyers de cellules cancéreuses macroscopiquement invisibles, disséminés dans les voies lymphatiques et qui seraient ouverts pendant l'intervention chirurgicale.

Quelques mots au sujet de la proposition du Prof. Beuttner d'injecter dans le système veineux les corps radioactifs avant la curiethérapie locale.

Les expériences qui ont été faites à l'Institut du Radium de Paris, par D^r Lacassagne et Mme Lattes, ont montré que les corps radioactifs, introduits dans le système veineux ne sont pas d'une affinité spéciale pour le tissu cancéreux, qu'ils se déposent dans les différents organes, surtout dans les reins et la rate et y produisent des altérations très graves. Ainsi cette méthode ne trouve pas d'appui expérimental et n'est pas recommandable dans la pratique humaine.

★
★ ★

Curiethérapie du cancer utérin

Docteur L. ARNAUD, de St-Etienne

Désirant établir un parallèle entre le traitement chirurgical et la curiethérapie du cancer utérin, je me placerai exclusivement sur le terrain des faits personnels. C'est dire que, en matière de radiumthérapie, j'envisagerai les résultats par moi obtenus, avec les moyens mis à ma disposition par les régions stéphanoise et lyonnaise. Je ne doute d'ailleurs pas qu'un opérateur plus compétent et mieux outillé n'eût obtenu en l'espèce des résultats plus satisfaisants.

Je dois cependant faire remarquer que ces applications de radium ont été faites suivant les méthodes qu'a bien voulu

me faire connaître dès 1921 M^r le Professeur Regaud (foyers utérins et vaginaux multiples avec, si besoin, emploi d'un colpostat, filtration au moyen de tubes de platine, d'aluminium et de caoutchouc, avec en outre, pour les foyers vaginaux, une épaisse gaine de liège). Toujours des examens histologiques furent faits, le plus souvent par le Docteur Devuns, chef du laboratoire de l'hôpital de Bellevue.

J'ai ainsi, depuis la fin de 1919, traité par le radium un peu plus de quarante cas de cancers du col utérin et sur ce nombre, je compte seulement trois guérisons, datant respectivement de 3 ans, 2 ans et 20 mois. A ma surprise d'ailleurs, les cas demeurés guéris étaient particulièrement défavorables, en raison de leur extension locale.

Sans doute, mes cas, traités par le radium, étaient le plus souvent fort avancés, et ainsi s'explique le mauvais pourcentage de succès obtenus, mais les circonstances m'ont fait aussi quelquefois radiumthérapher des cas favorables, chez des femmes encore jeunes, à paroi abdominale peu épaisse, alors que les lésions étaient encore limitées au col, que l'utérus était très mobile, et, dans ces cas encore, j'ai eu la douloureuse surprise et le regret de voir des repululations rapides suivies de mort à brève échéance.

Je n'ai pu alors que me repentir de n'avoir pas, chez de telles malades, eut recours à l'hystérectomie à la Wertheim.

A coup sûr, les résultats donnés par l'intervention sanglante n'eussent pas été ici plus défavorables.

D'autant qu'il faut connaître toutes les ressources que peut nous offrir l'intervention sanglante.

Voici une observation à cet égard fort instructive :

Femme 31 ans, néoplasme du col au début : ulcération du col avec bourgeons intracervicaux. Cas très favorable. Intervention sanglante refusée. Radiumthérapie. Disparition apparente de toute lésion. Un an après, repululation sur le col. Nouvelle application de radium. Les lésions paraissent se cicatriser, mais persistance de pertes fétides et roussâtres. La malade se plaint de douleurs pelviennes constantes. Quatre mois après la deuxième application de radium, Wertheim de suites très simples. A la dissection de la pièce, ulcération sus-isthmique des dimensions du fruit d'une amande, en partie néoplasique, en partie due à une brûlure faite

par le radium, et expliquant à mon sens les douleurs ressenties par la malade. Celles-ci cessèrent en effet dès après l'intervention. Malheureusement, récurrence pelvienne et mort 2 ans après l'hystérectomie.

J'ai tout lieu de croire qu'une hystérectomie faite d'emblée chez cette malade eût pu donner une guérison définitive.

Aussi bien, l'application de radium même très correcte ne va pas sans inconvénients sérieux. Nombreuses, en effet, sont les malades qui présentent à la suite de la curiethérapie de la rectite ou de la cystite. Quelques-unes même, après la mise en place d'un tube de radium intra-cervical, présentent dans la suite une atésie du col avec hydrométrie consécutive, se vidant par intermittences. Trois ou quatre fois, j'ai pu observer un tel état de choses qui m'a conduit à pratiquer des hystérectomies secondaires.

Vient plaider aussi contre la radiumthérapie la manière dont meurent les malades traitées sans succès et sur laquelle il me semble que l'on n'a pas jusqu'ici assez insisté. Reprenant, avec une variante, le mot de l'auteur anglais à propos de la chirurgie du cancer du sein, je dirai que chez les malades atteintes de cancer de l'utérus et radiumthérapées sans succès, « la mort est loin d'être confortable ».

Sans parler des métastases pelviennes et viscérales sur lesquelles, en l'absence d'autopsie, il est difficile d'être fixé, j'ai souvent observé des métastases vaginales telles qu'il était rare d'en voir avant l'ère de la radiumthérapie. Le vagin, atrésié, est bourré jusqu'aux grandes lèvres de noyaux néoplasiques et tout se passe comme si les lymphatiques du col utérin et de la partie supérieure du vagin, sclérosés par l'action du radium, avaient rendu possibles vers le bas des embolies rétrogrades. Vagin, vessie, rectum, dans leurs portions basses, sont le siège d'ulcérations et de fistules, et la situation de telles malades est certes lamentable, plus lamentable que celle des opérées en état de récurrence.

D'autres fois, à la suite de l'action du radium, s'organise dans le petit bassin un processus de sclérose, qui explique autant que les récurrences néoplasiques, les douleurs intolérables éprouvées par les malades. Et d'autres accidents peuvent aussi se produire.

J'ai observé avec le Docteur Nordmann une malade, d'ailleurs inopérable, et dont je n'avais pas voulu me charger. Elle fut traitée par le Dr Santy, qui appliqua, pendant une semaine et plus, une dose légère de radium. Le résultat local semblait parfait. Le col utérin était cicatrisé et les culs de sac vaginaux souples. Il n'existait pas de douleurs. Détail intéressant : avant la curiethérapie, cette malade ne présentait aucune albuminurie. Quelques semaines après l'application de radium, la malade succombait à des phénomènes d'urémie, cependant que les urines, d'ailleurs rares, contenaient une énorme quantité d'albumine. Je ne pourrais l'affirmer en l'absence d'autopsie, mais j'ai quelques raisons de croire que cette malade a succombé à une striction des uretères, par développement à leur entour d'un tissu de sclérose relevant lui-même de l'action du radium.

Dans ces conditions, je suis assez peu disposé à soumettre à la curiethérapie les cas de cancers du col de l'utérus au début ; lorsque l'utérus est mobile, l'intervention sanglante me paraît à tous égards, garantir davantage l'avenir.

Une question se pose qui mérite d'être discutée. Faut-il, dans les cas favorables, appliquer du radium tout d'abord, et opérer ensuite ?

Une de mes observations semble montrer que cette radiumthérapie première n'est-elle-même pas exempte de dangers.

Dans ce cas, cinq semaines après une application de radium, j'avais, avec le Dr Pélissier, pratiqué un Wertheim d'ailleurs simple et correct, terminé à mon habitude, chaque fois que possible, par un double plan de péritonisation du petit bassin, obtenu, le premier par adossement des lambeaux de péritoine pré et rétro-utérins, le second par rabattement de l'S iliaque fixé au moyen de points en U, séparés, au péritoine rétrovésical. Tout se passa d'abord simplement mais, au 8^e jour, la malade ressentait brusquement de violentes douleurs abdominales, cependant qu'apparaissaient des signes de péritonite diffusante qui emportait l'opérée en trois jours. A l'autopsie, les deux plans de péritonisation se montraient complètement désunis. Je me demande si, en pareil cas, l'irradiation préalable, n'avait pas fait perdre au péritoine son pouvoir d'accollement habituel. J'ai d'ailleurs pu

observer le même accident dans un cas de fibrome radium-thérapie sans succès, pour lequel je dus secondairement faire une hystérectomie, et ces constatations me laissent assez inquiet sur l'action que peut exercer, fût-ce à longue échéance, le radium sur le péritoine et sur ses précieuses réactions de défense.

Au regard de mes résultats peu encourageants de radium-thérapie, ceux que m'a donnés l'intervention sanglante se montrent certes bien supérieurs.

Une de mes malades, opérée en 1913, et chez laquelle j'avais pourtant déchiré la vessie, car il ne s'agissait pas d'un cas très favorable, est toujours en bonne santé ; elle n'avait d'ailleurs présenté qu'une fistule vésicale passagère.

Je compte plusieurs opérées de 6 ans, 5 ans, 4 ans, 3 ans et moins, qui, à l'heure actuelle, ne présentent pas de traces de récidue.

Faite dans de bonnes conditions, l'intervention sanglante semble procurer une guérison de meilleure qualité et qui donne de plus sérieuses garanties pour l'avenir.

Lorsqu'ici la guérison s'est maintenue au-delà de 3 ans, elle peut être considérée comme définitive. Après cette date, les récides sont exceptionnelles, et jusqu'ici, je n'en ai point encore observé.

Malheureusement, l'opération n'est pas toujours possible, en raison de conditions d'ordres local et général. Parmi ces conditions d'ordre local, grand compte doit être tenu de l'état d'embonpoint des malades. Alors, de par la difficulté de l'intervention et les redoutables dangers de cellulite pelvienne consécutive, même avec un utérus encore mobile et des lésions limitées, l'intervention se montre meurtrière.

Dans tous les cas défavorables, le radium reprend ses droits ; il offre alors aux thérapeutes et aux malades des ressources qui se montrent souvent surprenantes. Il va de soi que les résultats de la curiethérapie seront d'autant plus satisfaisants qu'elle aura pu être plus parfaitement appliquée.

Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de l'encéphale par la radiothérapie profonde (vingt-neuf cas)

par F. BREMER, H. COPPEZ et F. SLUYS

En 1923, nous avons publié (*Bremer, Coppez et Sluys*, le *Cancer*, n° 2, mars 1923) une courte étude sur neuf cas de tumeurs cérébrales non hypophysaires traités par radiothérapie profonde.

Ces premiers résultats nous paraissaient déjà fort intéressants car les tumeurs étaient, soit inextirpables, soit en récurrence après tentative chirurgicale.

Nous y avons décrit notre technique qui n'a pas varié essentiellement depuis cette époque. Elle peut se résumer de la façon suivante :

Radiothérapie profonde au moyen d'une tension constante 200.000 volts. Appareil GaiFFE-Gallot-Pilon et cuve à huile ; 4 à 6 portes d'entrée (distance focale 40 cm. ; filtration 0,5 cuivre et 0,5 aluminium ; dose 3500 à 4000 R. (français) par porte (1100 R. allemand environ) ; par jour 1000 R. Par conséquent, étale ment dans le temps de 12 à 15 jours environ (parfois 20).

La radiothérapie est presque toujours précédée d'une trépanation décompressive.

Nous avons insisté sur la collaboration intime entre neurologue, ophtalmologiste et radiothérapeute dans le diagnostic et la conduite du traitement.

Nous présentons aujourd'hui l'ensemble des cas de tumeurs de l'encéphale (y compris les adénomes hypophysaires) au nombre de vingt neuf que nous avons traités en ces quatre dernières années.

Dans trois de nos cas seulement la nature de la tumeur a été vérifiée, par une biopsie (1 cas), par ponction du kyste contenant le liquide jauné et hyperalbumineux, caractéristique des gliomes (2 cas).

Cette faible proportion de tumeurs identifiées dans notre statistique (3 sur 21 si nous excluons les adénomes hypophysaires) tient à des causes diverses. Dans plusieurs cas la

tumeur était manifestement inextirpable (tumeur diffuse de la base, avec atteinte de plusieurs, nerfs craniens). Dans d'autres cas (nos plus anciens) la tumeur, pour des raisons contingentes, n'était pas opérable dans des conditions satisfaisantes. Nous n'avons pas pu faire d'autopsie parce que les malades appartenaient à la clientèle privée.

A défaut de la vérification histologique dont nous sommes les premiers à regretter l'absence, les signes cliniques et radiologiques permettent de présumer la nature de la tumeur, dont la réalité était certaine, avec une probabilité plus ou moins grande.

La nature gliomateuse probable se déduit de l'âge relativement jeune du malade, du siège de la tumeur dans un hémisphère cérébral ou cérébelleux ; de sa croissance rapide ; de l'absence de tous soupçons de tuberculose ou de syphilis et de tout signe radiologique de méningiome (endothéliome).

Les neurofibromes de l'acoustique sont diagnostiqués avec une quasi certitude par la symptomatologie et la chronologie de son apparition.

L'existence d'une dilatation régulièrement excentrique de la selle turcique et d'un amincissement de sa paroi, distingue les adénomes hypophysaires, presque toujours primitivement intrasellaires, des tumeurs suprasellaires. Celle-ci de natures diverses d'ailleurs (congénitales, méningiomes, gliomes) détruisent les bords de la selle turcique (clinoïdes) avant de la dilater, ou bien l'applatissent. Les tumeurs congénitales, qui sont les plus fréquentes des tumeurs suprasellaires (55 % dans la statistique de *P. Martin et Cushing*) sont décelables dans 70 % des cas (*Mac Kensie et Sosman*) par des calcifications de leurs parois kystiques. Les troubles de compression chiasmatiques (hémianopsie) et tubérienne (aménorrhée, syndrome adiposogénital, polyurie) sont en général plus précoces et plus marquées que dans les cas d'adénomes hypophysaires.

Les gliomes suprasellaires, presque toujours nés dans les nerfs optiques ou le chiasma se reconnaissent à un ensemble de signes cliniques et radiologiques (*Martin et Cushing*).

Nous fondant sur ces données nous avons réparti nos 11 cas de tumeurs de la région hypophysaires en adénomes hypo-

Cas	Nom	Diagnostic et résumé de l'observation
A. — Gliomes vérifiés par opération et biopsie (3 cas).	N° I. Lem... 30 ans (Observation 1 du premier mémoire)	Gliome kystique du lobe temporal gauche avec hémianopsie et alexie. Volet ostéoplastique gauche (D ^{rs} Neuman et Bremer), le 31 août 1922. Découverte et évacuation d'un kyste gliomateux, contenant 20 cm ³ de liquide xanthochromique hyperalbumineux et entouré de tissu néoplasique, au milieu de la circonvolution temporale supérieure gauche. Amélioration immédiate. Réapparition des symptômes en décembre 1922. Disparition après radiothérapie. Guérison apparente. Reprise d'une vie active. Récidives traitées par la radiothérapie en décembre 1923 et en août 1925. Efficacité décroissante de la radiothérapie.
	N° II. Fl... 16 ans	Gliome du cervelet. Syndrome d'hypertension intracrânienne. Trépanation de la fosse cérébelleuse (D ^r P. Martin), le 22 mars 1924, suivie de la disparition des symptômes d'hypertension; les symptômes de foyer (titubation, ataxie des membres supérieurs) ayant été peu influencés; on constate à l'opération la présence d'un liquide jaune, hyperalbumineux dans la substance du lobe gauche du cervelet, ce qui permet le diagnostic de gliome. Radiothérapie. Exerce le métier de valet de chambre jusqu'en septembre 1925. Vers octobre 1925, rechute suivie d'une nouvelle série de radiothérapie (autre clinique) sans résultat.
	N° III. M ^{me} Mah... 37 ans (Observation 9 du premier mémoire)	Tumeur de l'hémisphère cérébelleux gauche. Hémiplégie cérébelleuse. Trépanation décompressive sous-temporale suivie immédiatement de radiothérapie profonde. Un an après on a fait une trépanation de la loge cérébelleuse (D ^r P. Martin). Gliome hém. gauche. (Biopsie).

CONCLUSIONS : Nous avons traité trois cas de *gliomes vérifiés*. Deux améliorés et leur survie a été incontestablement prolongée. La disparition de la vision (alexie, troubles cérébelleux) après traitement radiothérapique a permis de constater que les trépanations décompressives n'avaient donné que des résultats insuffisants.

(1) La dose en R est mesurée à l'ionomètre de Solomon. Le contrôle, au moyen de chambres étalonnées en R.

neurs su-

est con-
malades

ne plon-
et radio-

céphale,
ge, en :

les nerfs

e et les
t les ré-

issement
entielle-

pital. Les lacunes sont alors généralement bilatérales et hémianopsiques : hémianopsie bitemporale pour les lésions de la région hypophysaire, homonyme pour les lésions situées au-delà.

Il semble d'une manière générale que la trépanation décompressive, en diminuant la papille de stase, peut élargir quelque peu le champ visuel, mais le gain est le plus souvent très modéré.

La radiothérapie profonde au contraire a une action évidente sur les lacunes hémianopsiques. Il est curieux de noter que les fibres optiques comprimées, au niveau du chiasma, par exemple, par une néoplasie et ayant perdu tout pouvoir de conductibilité lumineuse résistent longtemps avant de s'atrophier définitivement. Nous avons vu des lacunes existant depuis des années dans le champ visuel disparaître sous l'action de la radiothérapie profonde (ob. XXII et XXVIII). Dans ces cas, à l'examen ophtalmoscopique, la papille est souvent entièrement blanche et ferait croire à une cécité définitive.

En ce qui concerne l'acuité visuelle centrale celle-ci diminue progressivement quand la papille de stase est arrivée à la période atrophique. Dans les lacunes hémianopsiques l'acuité visuelle centrale ne s'entreprend que si la région maculaire est intéressée ce qui est tout à fait exceptionnel.

CONCLUSIONS GENERALES

1° La radiothérapie profonde a sur les autres thérapeutiques des tumeurs de l'encéphale l'avantage de sa facilité technique. L'emploi de doses fortes est légitimé par la quasi inocuité des rayons sur le tissu nerveux normal, à condition naturellement de ne pas dépasser certaines limites et de prendre quelques précautions.

2° Il est nécessaire dans l'appréciation des résultats de la radiothérapie des tumeurs de l'encéphale de faire une distinction entre :

- a) *La destructibilité de la tumeur* (ou l'action de ralentissement sur sa vitesse de développement).
- b) *La curabilité de la maladie.*

a radio-
la tech-

peut-être
eurs de

acteurs,

locales

cularisa-
qui l'en-

nt de sa
la fosse
nique à

du ra-
termine
efficacité

atement
nent va-
une ap-
uité vi-

térieure a permis d'identifier la tumeur qui était un spongioblastomes unipolaires de Bailey et Cushing.

Dans 7 cas de « gliomes présumés » sur 9 traités, l'action favorable de la radiothérapie a été manifeste. Trois de ces malades sont en apparence guéris quinze mois, deux ans et quatre ans et demi après le premier examen.

5° La curabilité par la radiothérapie ou la curiethérapie des tumeurs cérébrales non hypophysaires et en particulier des gliomes paraît théoriquement possible. Une preuve formelle n'en a toutefois pas encore été donnée. *Dans 5 de nos cas de gliomes avérés ou présumés, des récidives locales se sont manifestées après plusieurs mois ou même après plus d'un an guérison apparente.*

6° La radiothérapie semble être, comme il fallait le prévoir, de moins en moins efficace sur les récidives. Les tumeurs paraissent s'insensibiliser à mesure qu'on applique de nouvelles séries de radiothérapie.

7° Les neurofibromes, les tumeurs dérivées de la poche de Rathke qui constituent la majorité des tumeurs suprasellaires, les tumeurs diffuses de la base (*endothéliomes* ?) ne sont pas justiciables de la radiothérapie qui est sans action sur elles.

8° Les résultats obtenus par la radiothérapie profonde en fortes doses, en portes d'entrée multiples, dans les tumeurs adénomateuses de l'hypophyse (8 cas personnels) sont excellents dans leur ensemble et durables. Ils se manifestent par l'élargissement du champ visuel, l'amélioration de l'acuité visuelle et la régression des symptômes infundibulo-hypophysaires. Dans 3 de nos cas les plus favorablement influencés par la radiothérapie intense un traitement moins énergique, fait précédemment, avait été sans aucune action.

9° La radiothérapie profonde doit être précédée, quand il s'agit de tumeurs cérébrales avec hypertension marquée, d'une trépanation décompressive sous-temporale ou sous-occipitale.

La radiothérapie profonde ne peut d'ailleurs être appliquée d'emblée que lorsque le néoplasme a été jugé inaccessible chirurgicalement.

Le sang dans les affections malignes

par Dr A. VANA (Brno).

Alla sezione chirurgica del professore Petrivalsky dell'Università di Brno nella Cecoslovacchia « la città dello Spielberg » noi esaminiamo metodicamente le proprietà fisico-chimiche del sangue degli affetti d'ogni sorta di tumori e di qualsiasi localizzazione. Noi esaminiamo l'esponente dell'idrogeno con un elettrodo di chinchindrone di propria costruzione col quale aspiriamo il sangue direttamente dalla vena del malato. Noi sigliamo considerare come normali le escursioni dell'esponente che oscilla fra 7.30 - 7.40 ; sopra 7.40 sono i valori alcalini, sotto 7.30 i valori acidi. Nel carcinoma incomincia ben presto l'escursione dalla parte alcalina ; tumori maggiori accompagnati da cachessia mostrano molto presto valori alcalini fino a p H 8. Negli ultimi giorni prima della morte appare nel sangue repentinamente la reazione acida. Coll'apparato manometrico di Van Slyke misuriamo nel sangue del carcinomatoso la riserva alcalina, ossigeno e azoto. La riserva alcalina ed azotto sono aumentati, ossigeno diminuito. Dopo l'operazione radicale del carcinoma noi assodiamo per mezzo di questo esame combinato, già dopo una settimana, nel sangue dell'operato :

1. la diminuzione di alcalescenza sanguigna,
2. la diminuzione della riserva alcalina del sangue e dell'azotto,
3. l'aumento dell'ossigeno.

Questi reperti possiamo sfruttarli 1. per la diagnosi : cioè che già prima dell'operazione possiamo costatare se si tratta di un tumore maligno « di un carcinoma » o di un tumore benigno ; 2. per la prognosi : se lo stato normale del sangue dura dopo l'operazione tanto rispetto alla concentrazione degli ioni d'idrogeno, quanto rispetto alle altre già accennate proprietà fisico-chimiche, saremo quindi in grado di fare una buona prognosi. I cambiamenti della composizione del sangue nel senso caratteristico per il carcinoma sono i primi

sintomi delle metastasi, anche se clinicamente non si possono costatare.

Il mio Capo sig. Prof. Petrivalsky basandosi sul fatto che il carcinoma è povero di ossigeno ha escogitato un metodo curativo originale. Egli inietta nei tumori accessibili un'acqua perossidata « chiamata osilisina » oppure natrio ipochloroso, con che si giunge in molti casi o alla diminuzione del tumore fino alla sua scomparsa e ciò in casi più favorevoli, o per lo meno al miglioramento dell'operabilità.

Su tutto il metodo verrà data relazione più ampia nei giornali speciali.

Appena nell'ultimo tempo abbiamo avuto la possibilità di estendere i nostri esami del sangue anche agli ammalati curati colla radioterapia e non possiamo ancora dare dei giudizi definitivi. Resta però assodato che anche qui, prima e dopo l'irradiazione si manifestano nel sangue dell'ammalato un miglioramento o segni di guarigione, e precisamente nelle sue qualità fisico-chimiche, della stessa natura come dopo l'eliminazione operativa del carcinoma.

Fra un'irradiazione e l'altra l'alcalinità del sangue aumenta. È dunque evidente che i descritti mutamenti fisico-chimici del sangue degli ammalati da carcinoma non rappresentano una corrispondente reazione dell'organismo, ma bensì che i mutamenti furono provocati dal tumore stesso.

★
★ ★

**Note renseignant les résultats du traitement curiethérapique
des cancers du col utérin**

traités du 15 septembre 1922 au 31 mars 1926

Docteurs F. DELPORTE et Jean CAHEN

A. — Nous exposons uniquement les résultats que nous avons obtenus dans le traitement curiethérapique des cancers du col utérin. Nous avons décrit en détail dans le journal « Le Cancer » les techniques que nous utilisons, et nous nous con-

tenterons de résumer très brièvement ici les directives générales qui ont guidé notre ligne de conduite.

1° Pour les cas opérables comme pour les inopérables, nous employons une disposition utéro-vaginale des foyers. Aussi souvent que la chose est rendue possible dans les cas opérables, nous accordons notre préférence à un aiguillage de la tumeur avec foyers intra-utérins. Une dose de 60 à 80 Mcd étalée en 10 à 14 jours suffit habituellement pour obtenir la fonte totale de la tumeur. Ce traitement donne des résultats durables dans les cas opérables bien limités. Il n'en est pas de même pour les cas inopérables.

2° Dans les cas inopérables, après le traitement vaginal persistent au niveau des voies lymphatiques les infiltrations néoplasiques que nous traitons par la technique trans-abdominale (voir communication précédente). Dans ces cas, les R. X. pénétrants ne nous ont donné que des résultats incertains et éphémères. Leur action est insuffisante sur les infiltrats profonds.

3° Pour les cas très avancés ou mûrés, nous tâchons de nous rapprocher le plus possible du traitement des cas inopérables, pour autant qu'il n'y ait aucune contre-indication clinique.

4° Nous avons toujours pris de nombreuses précautions pour désinfecter la tumeur et le vagin avant toute application. Nous sommes entièrement d'accord sur ce point avec M^r le professeur Regaud, qui, dans son rapport, s'est étendu à juste titre sur ce point.

B. — Notre statistique comporte 254 cas de cancers du col utérin. Il importe de faire certaines remarques au sujet de cette statistique.

a) Les cas opérables sont ceux où la tumeur est limitée au col sans infiltration du dôme vaginal, avec mobilité complète de l'utérus.

Dans les cas inopérables, il y a une infiltration du dôme vaginal uni- ou bilatérale pouvant s'étendre au paramètre et diminuant la mobilité de l'utérus.

Les cas très avancés ou mûrés sont ceux où la tumeur et l'utérus forment un bloc fixé dans le petit bassin par les infiltrations adhérentes aux parois pelviennes.

b) Les cancers du type histologique cylindrique ne sont pas comptés dans la statistique. Il en est de même des récidives post-opératoires de cancers du col.

c) Nous avons traité tous les cas qui se sont présentés à la consultation. Nous n'avons éliminé que les cas présentant une contre-indication formelle : métastases lointaines reconnues cliniquement, fistule recto- ou vésico-vaginale.

d) Le poste « Perdues de vue » comporte les malades qui ne sont plus venues à la consultation depuis plusieurs mois et qui avaient les apparences de la guérison à leur dernière visite ; celles dont on ne possède que des renseignements par correspondance.

e) Le poste « Décès » comporte les malades mortes de leur affection cancéreuse ou d'une maladie intercurrente ; celles qui étaient en mauvais état au moment de leur dernière visite à la consultation ; celles qui sont vivantes, mais en récidive non traitée ou traitée sans résultat.

STATISTIQUE DE 254 CAS DE CANCERS DU COL
TRAITÉS DU 15 SEPTEMBRE 1922 AU 1^{er} MARS 1926

Cas opérables : 66

Guérisons apparentes de moins d'un an	14	} 25 { 39
» de plus d'un an	9	
» de plus de 2 ans	10	
» de plus de 3 ans	4	
» de plus de 4 ans	2	}
Total des guérisons de plus d'un an	25	
Total des cas en vie et présentant les apparences de la guérison	39	
Perdues de vue	5	
Décès	22	
		37,87 %
		59 %
		7,56 %
		33,33 %

Cas inopérables : 115

Guérisons apparentes de moins d'un an	16	} 36	} 52
» de plus d'un an	17		
» de plus de 2 ans	13		
» de plus de 3 ans	3		
» de plus de 4 ans	2		
» de 6 ans 9 mois	1		
Total des guérisons de plus d'un an	36		36,27 %
Total des cas en vie et présentant les apparences de la guérison	52		50,18 %
Perdues de vue	17		14,78 %
Décès	46		40 %

Cas mûrés ou très avancés : 73

Guérisons apparentes de moins d'un an	12	} 10	} 22
» de plus d'un an	2		
» de plus de 2 ans	7		
» de plus de 3 ans	1		
Total des guérisons de plus d'un an	10		13,71 %
Total des cas en vie et présentant les apparences de la guérison	22		30,14 %
Perdues de vue	18		24,65 %
Décès	33		45,20 %

Total général : 254 cas

71 guérisons apparentes de plus d'un an	27,95 %
113 cas en vie et présentant les signes de la guérison	44,49 %

Depuis peu nous avons essayé les nouvelles techniques de gammathérapie profonde, perfectionnée par l'un d'entre nous, le D^r Sluys. Nous ne pouvons pas encore en parler, les faits étant trop récents. Nous espérons que ces méthodes précises, donnant un rayonnement très homogène dans un vaste

territoire, fourniront des résultats meilleurs que ceux obtenus actuellement. Jusqu'à présent, nous estimons que pour les épithéliomas inopérables la radiumchirurgie nous a donné des résultats très appréciables. Nous n'abandonnerons ces principes généraux de traitement que quand d'autres méthodes meilleures auront, entre nos mains propres, prouvé leur supériorité.

★ ★

Curiethérapie du cancer utérin

M^r le Prof. REGAUD

La discussion qui vient d'avoir lieu me laisse l'impression que je n'aurai pas de modifications à apporter aux conclusions qui découlent de mon rapport.

1. Nous ne devons pas perdre de vue que nous parlons dans un Congrès de chirurgiens, et non pas dans un milieu de physiciens ou de radiologistes. Cette considération m'engage à ne pas m'étendre davantage sur les questions de technique qui ont été soulevées, et même sur la curiethérapie de source extérieure. Quelque pleine de promesses que soit cette dernière méthode, n'oublions pas que ses résultats ne pourront être jugés que dans quatre ou cinq ans. Elle n'a donc aucune signification dans le litige actuellement pendant entre la chirurgie et la radiothérapie.

Toutefois, je me permettrai de dire que le système de foyers indépendants, disposés en une sorte de « batterie de canons » dont chacun est orientable séparément, dont M. Sluys nous a décrit la réalisation récente, me paraît inférieur à tous égards au foyer conformé en plaque de large surface adopté par mes collaborateurs et moi-même, d'une part, MM. Mayer et Max Cheval d'autre part, pour le traitement des cancers utérins. En outre que l'appareil de M. Sluys est compliqué, il me semble difficile d'obtenir avec lui l'égalité d'irradiation nécessaire. D'autre part, je n'ai pas compris l'argument fondé sur l'économie de radio-activité qu'a fait valoir M. Sluys en sa faveur.

J'ajouterai que l'utilisation, même comme source unique de rayonnement, de plusieurs grammes de radium à une distance de 10 cm., pour le traitement du cancer cervico-utérin, ne constitue pas du tout un « gaspillage de la valeur sociale du radium », comme l'a dit M. Sluys, à la condition, bien entendu, d'une organisation convenable permettant d'utiliser le foyer sans perte de temps. L'heure de travail d'un foyer de 4 grammes de radium ne coûte, en effet, dans les conditions économiques actuelles, que quelques dizaines de francs français.

2. La question capitale qui se pose dans ce Congrès est celle-ci : en présence d'un cas de cancer de l'utérus opérable, faut-il pratiquer l'hystérectomie, faut-il recourir à la curiethérapie ?

Je ne referai pas l'exposé de cette question et je ne modifie pas l'opinion que j'ai exprimée dans mon rapport. Non pas d'après les seuls faits que j'ai observés à l'Institut du Radium de Paris (ils ne sont ni assez anciens, ni assez bons pour les premières années de notre travail), mais d'après les statistiques les plus dignes de confiance que j'ai pu rassembler et comparer, je pense que les résultats éloignés de la chirurgie seule et ceux de la curiethérapie seule sont, dès à présent, équivalents *en moyenne*, même dans les cas du premier degré.

Cela laisse encore à chacun le droit de préférer l'une ou l'autre des méthodes en présence.

Mais je ne puis accepter l'argument en faveur de l'hystérectomie que tire M. J.-L. Faure de la proportion de 23,2 % indiquée dans le tableau p. 71 de mon rapport. Ce nombre indique la proportion des malades de 1920, degrés I et II réunis, jugées guéries cinq à six ans après leur traitement à l'Institut du Radium de Paris. Cette proportion est faible. Elle traduit le tâtonnement d'une période de début. En se fondant sur les tableaux mêmes de mon rapport, on pourrait affirmer sans crainte de désillusion que cette proportion de guérisons sera dépassée de beaucoup pour les années suivantes, lorsque le délai d'observation requis sera révolu. Mais, les faits comptant seuls à l'exclusion des espérances et des impressions, je préfère ne rien affirmer. Par contre, j'ai

cité des statistiques où la proportion des cas du premier degré restant guéris après cinq ans est comprise entre 40 et 60 %.

On doit, comme j'ai dit, tenir le plus grand compte de la valeur des moyens dont on dispose personnellement, lorsqu'il s'agit d'arrêter une conduite de traitement en présence d'un cas particulier. Mais lorsqu'il s'agit de juger d'une manière générale et comparativement l'état d'avancement de méthodes en présence, c'est évidemment une erreur que de se fonder exclusivement sur ses propres résultats, comme je reproche à M. J.-L. Faure de l'avoir fait et comme il me propose de le faire avec lui.

3. Les faits apportés par MM. Pestallozza, Artom di Sant' Agnese et R. Monod sont très favorables à l'association de l'hystérectomie avec les méthodes radiothérapiques. Il est absolument certain qu'à être précédée par la curiethérapie, l'hystérectomie gagne un abaissement important de la mortalité primaire et un accroissement non moins important de la proportion des guérisons définitives.

Je crois, toutefois, que le progrès des méthodes curiéthérapiques enlève son intérêt à cette association de méthodes dans les cas qui sont à la limite de l'opérabilité.

Je pense aussi que la curiethérapie doit être faite de préférence avant l'hystérectomie. Si, pour une raison quelconque, l'hystérectomie est faite en premier lieu, et qu'on veuille pratiquer un traitement prophylactique, il vaut mieux alors s'adresser à l'irradiation de source extérieure (rayons X ou radium) plutôt qu'à la curiethérapie vaginale. Celle-ci, en effet, ne peut avoir d'efficacité que sur les ensemcements cancéreux situés dans la paroi du vagin, tandis que l'irradiation de source extérieure bien faite est efficace dans toute l'aire pelvienne intéressée par le cancer.

4. Il est incontestable que les méthodes radiothérapiques appliquées au traitement des cancers cervico-utérins ont accompli, dans ces cinq dernières années, de très grands progrès techniques. Les résultats, jugés après un, deux et trois ans, montrent une amélioration très considérable. Si, comme il est vraisemblable, l'amélioration des statistiques persiste après cinq ans révolus, le litige actuel sera définitivement

jugé en faveur des méthodes radiothérapiques. Nous n'avons plus que deux ou trois ans à attendre pour être définitivement renseignés.

Toutefois, il est très désirable que des règles nouvelles soient adoptées d'un commun accord pour l'établissement de statistiques irréprochables. Si l'association internationale de Chirurgie prenait l'initiative de réunir une Commission spéciale pour étudier et résoudre cette question, et si les recommandations de cette Commission parvenaient à faire loi, un très grand service serait ainsi rendu et la solution du problème des indications thérapeutiques en serait sérieusement avancée.

★
★★

M. BRINSMADE, *de Brooklyn*, prend la présidence de la séance.

Réponse à M. Regaud par le Dr Sluys.

M. le Professeur Regaud fait des réserves au sujet de l'appareil de gammathérapie à foyers multiples orientables. Il compare la gammathérapie à la Röntgentherapie et nous met en garde contre les foyers multiples demandant une « balistique spéciale » afin d'arriver à concentrer l'énergie irradiante en un point donné. Il nous rappelle qu'en röntgentherapie, Seitz et Wints s'efforcent de concentrer l'énergie irradiante par des méthodes semblables, en employant des faisceaux de röntgen multiples, peu filtrés, les ampoules étant peu éloignées de la peau, tandis que Warnekros, Bumm, Dessauer et d'autres, emploient de vastes champs, peu nombreux, baignant le petit bassin, les ampoules se trouvant très éloignées de la peau et les rayons très filtrés.

Pourquoi ces auteurs ont-ils augmenté la distance focale ? C'est pour améliorer le taux de transmission.

Pour la même raison ils ont augmenté la filtration. Mais s'ils emploient des portes d'entrée plus grandes, c'est dans le but d'augmenter surtout la diffusion au sein des tissus.

Quand il s'agit de rayons gamma la question est tout autre. La diffusion, par rayonnement gamma, répétons le, est, grâce à la très petite longueur d'onde, d'une part, et d'autre

part, à la basse densité du corps irradié, extrêmement considérable (effet Compton).

L'ionisation provoquée par *diffusion* serait pour le rayonnement du radium C par exemple 10.000 fois supérieure, à l'ionisation provoquée par l'absorption.

Les rayons gamma traversant un corps de basse densité est le cas où l'ionisation par diffusion est la plus grande.

Il n'est pas question dans le cas de la gammathérapie d'augmenter la diffusion en employant de larges portes d'entrée pour améliorer le taux de transmission. Il vaut mieux à notre avis n'irradier que *strictement les cellules qui doivent être détruites*. Toute irradiation inutile des tissus sains provoque des réactions, des lésions inutiles qu'il faut éviter. Evidemment l'irradiation par larges portes d'entrée a plus de chances de comprendre dans le faisceau unique toute la région et les tissus suspects d'envahissement, mais cela a le défaut de faire absorber inutilement par les tissus sains d'énormes quantités d'énergie irradiante.

C'est pourquoi il faut dans la mesure du possible *localiser* l'irradiation sur le tissu tumoral et sur la région suspecte d'envahissement, après un diagnostic extrêmement précis d'étendue. Nous croyons que notre appareil très souple et adaptable à chaque cas en particulier réalise cette localisation. La technique doit se compléter par une méthode de mesure rigoureuse, sans laquelle, il n'y a pas selon nous de gammathérapie scientifique.

DEUXIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Judi 8 avril, à 14 heures

Présidence du Prof. GIORDANO (Venise)

Thérapeutique des tumeurs cérébrales

M. BRUN (Lucerne) résume son rapport (cf. volume I, p. 773).

★
★ ★

M. ADSON (Rochester) en s'aidant de projections lumineuses et cinématographiques développe les conclusions de son travail (cf. volume I, page 848). (1)

★
★ ★

Le secrétaire général donne lecture d'un câblogramme du professeur KEEN (Philadelphie) qui, en réponse à un câblogramme que lui a envoyé la veille le Comité internationale, formule les meilleurs vœux pour le succès du présent Congrès. (*Applaudissements.*)

★
★ ★

M. le Prof. TANSINI prend place au fauteuil présidentiel et donne lecture d'un télégramme du Prof. BASTIANELLI qui, appelé à accompagner S. E. Benito Mussolini à Tripoli, s'excuse de ne plus pouvoir prendre part aux travaux du Congrès.

★
★ ★

(1) Travail illustré de nombreuses projections lumineuses.

M. LOZANO (Saragosse) résume son rapport en l'illustrant de projections lumineuses (vol. I, page 785):

★
★ ★

D. le Prof. J. VERHOOGEN (Bruxelles) prend la présidence de la séance.

★
★ ★

Le président félicite le colonel PICQUÉ qui vient d'arriver du Bourget en avion sanitaire ; il en fera la démonstration aux congressistes au champs d'aviation de Centocelli dimanche prochain. (*Applaudissements.*)

★
★ ★

Sulla cura dei tumori cerebrali

Dⁱ M. DONATI, Padova

Spesso la cura chirurgica dei tumori cerebrali non può essere radicale sia per la sede, sia per la diffusione del tumore.

In questi casi la craniotomia decompressiva seguita da Roentgenterapia (radioterapia profonda) mi ha dato buoni risultati.

Cito a tal proposito un voluminoso endotelioma diffuso della regione fronto-parietale sinistra, che aveva provocato cefalea con sede al vertice del capo, vertigini, paresi del facciale inferiore destro e dell'arto superiore destro, parafasia verbale e letterale, disgrafia grave, dislessia ; visus normale ; iperalbuminosi del liquor con iperpressione ; accessi di afasia e aprassia con vomito e cefalea intensa ecc., in una levatrice di 53 anni. All'operazione (craniotomia a lembo), enorme tumore infiltrato, del quale asporto un frammento per esame istologico (endotelioma) ; asportazione del lembo osseo ; sutura, difficile, della dura madre. Si forma una grande bozza sporgente nella sede dell'operazione.

Dopo 10 giorni, seduta di radioterapia profonda (ore 8) ; la seduta si ripete dopo 5 mesi. Miglioramento progressivo.

Nella sede dell'intervento si va a poco a poco formando, anzichè una sporgenza, una depressione e sotto le parti molli si vedono le pulsazioni cerebrali. La paziente è tornata alla sua professione. La guarigione data da più di un anno.

Così pure in un caso di tumore dell'acustico, nel quale feci la craniotomia occipitale decompressiva (1° tempo) riservandomi di completare l'intervento in una seconda seduta, essendo comparsi sintomi che deponevano per la bilateralità del tumore, feci fare il trattamento roentgenterapico ; la sintomatologia regredì in parte, non tuttavia per ciò che riguarda la vista, e la malattia non ha più fatto progressi (da oltre 8 mesi).

E' probabile, dal confronto con altri casi trattati con roentgenterapia solamente, che la craniectomia decompressiva preventiva favorisca il successo della roentgenterapia ; e su questo punto richiamo l'attenzione, a conferma di quanto ci ha dette Lozano, perchè sia sperimentato il metodo nei casi di impossibilità della cura radicale, visto anche lo scarso successo della decompressione chirurgica pura e semplice.

Nelle operazioni per tumori cerebrali raccomando, ove sia possibile, l'anestesia locale, che fra gli altri vantaggi ha anche quello di semplificare ed abbreviare il tempo della incisione delle parti molli facilitando l'emostasi.

Raccomando, inoltre, con De Martel, la puntura evacuativa del ventricolo laterale, che va fatta dal lato opposto alla lesione, se questa ha determinato compressione del ventricolo corrispondente. Se non si fa l'evacuazione del liquido ventricolare, il prollasso cerebrale dopo aperta la dura può recare gravi imbarazzi, difficoltà tecniche prima e durante il tempo della chiusura della dura, e seri guai. La puntura lombare, allo stesso scopo, spesso non serve.

La puntura esplorativa con aghi pieni e smussi permette spesso di localizzare il tumore nella sede presunta o vicino ad essa, facendo attenzione alle differenze di resistenza del tessuto che si attraversa. Convieni poi farsi strada verso la profondità della massa cerebrale con strumenti non taglienti ;

l'enucleazione del tumore, in caso di tubercoloma ad esempio, riesce più sicuramente agendo col dito (anche il mignolo) che con strumenti a cucchiaio o smussi.

★
★

A proposito di Radioterapia dei tumori cerebrali debbo aggiungere che il Prof. Busi, Direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Roma, mi ha comunicato gli eccellenti risultati da lui ottenuti in alcuni casi di tumori cerebrali fra i quali uno trattato inizialmente in coma e rimasto guarito più di un anno di tutti i sintomi. La roentgenterapia può anche servire come ottima preparazione all'atto operativo.

★
★

M. le Prof. DE QUERVAIN est appelé à présider la séance.

The treatment of cerebrad Tumours

Prof. ARCHIBALD YOUNG, M.B., C.M., B.Sc., F.R.F.P.S.G.

Regius Professor of Surgery, University of Glasgow

A METHOD OF SUPPORTING THE BULGING BRAIN, IN EXTENSIVE DECOMPRESSIVE TREPHINING

(With illustrative drawings and lantern slides)

Decompressive trephining is an operation hallowed by antiquity. It was performed even in pre-historic times, as the skulls of the Stone Age testify. Of this there is abundant evidence.

The Hippocratic writings show that it had a wider application than might have been expected. Not only was decompressive trephining performed by Hippocrates, Celsus, and others for such conditions as were marked by inflammation of the cranial contents, for the evacuation of pus and of blood, and for the extraction of foreign bodies, but it is even on record that the use of the trephine or trepan was recommended for the treatment of blindness occurring without any

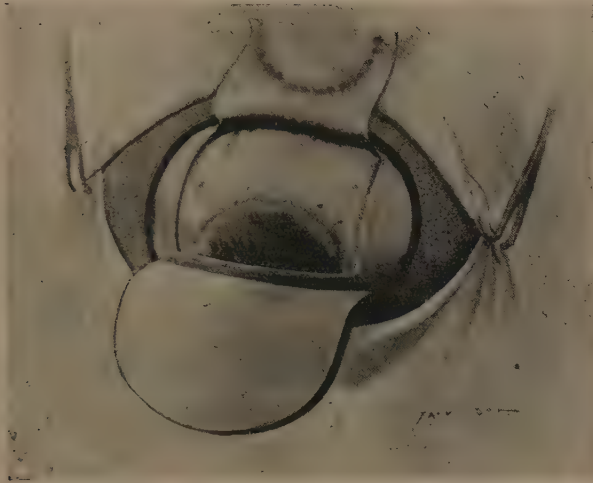


Fig. 1. — Scalp Flap turned down. Fascial-Pericranial Flap turned up.

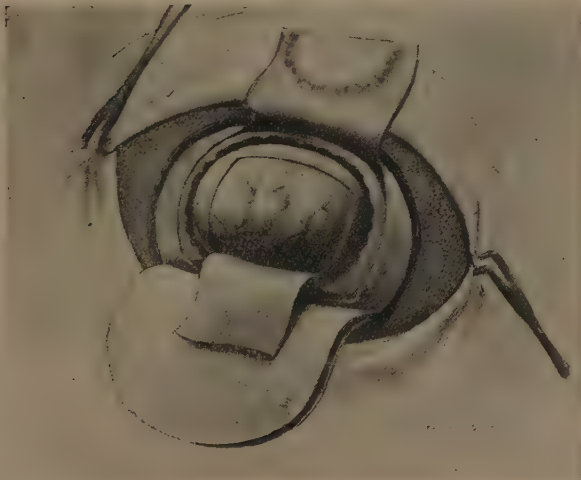


Fig. 2. — Dural Flap turned down. Brain bulging.

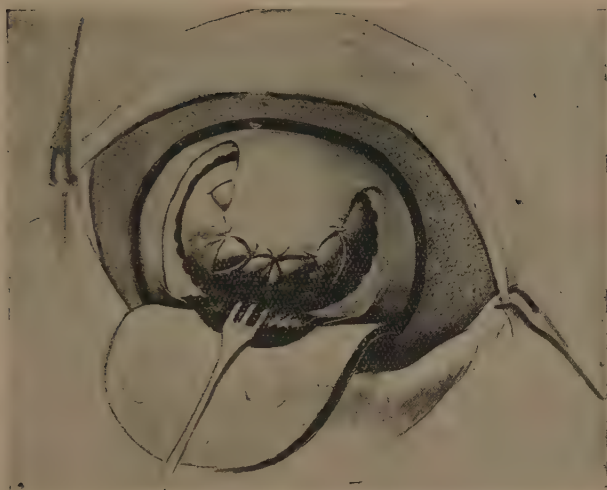


Fig. 3. — Dural Flap sutured to Fascial-Pericranial Flap,
with or without overlap.

visible disease of the eye.... surely the very earliest known evidence of the recognition of the value of decompressive trephining for the relief of what we now know as optic neuritis, and its consequent blindness.

Admitting, then, that decompressive trephining is of very great antiquity, one can see how indeed it would have been strange if it had not suggested itself to the minds of careful observers and workers even in early times. Accidental demonstration of the effect of opening the skull must often have been forthcoming, throughout the ages, not merely in the way of incidents of inter-tribal warfare, but even in the course of simple domestic accidents. It must almost necessarily have happened, from time to time, that the more distressing effects of intracranial pressure were relieved by even crude operative procedures undertaken with no such immediate purpose.

Nature herself, too, has given her own pointer to guide even the untrained. It is well known to-day... it must have been evident long ago.... that in the hydrocephalus of infancy, intracranial increase of pressure may accomplish its own relief, at least for a time, by delaying the closure of fontanelles, by delaying the closure of sutures, and often by leading to their very wide separation.

The applications of the Decompressive Operation to-day are but further and reasoned developments of what has gone before. We are concerned here chiefly with its application in cases of intracranial tumour, where it may be carried out, as a merely palliative procedure, for the relief of the intense headache accompanying so many of these conditions; for the treatment of the vomiting which is so often a marked and distressing feature of them; and for the preservation of vision, through the assuagement of papilloedema, and the arrestment of the degenerative effects of optic neuritis. Not that this, by any means, may be said to cover all, or almost all, the field of its application and usefulness. There are cases of acute compression, due directly to injury, in which a decompressive operation, by relieving pressure on the pons and medulla, even in the absence of any gross blood collection, may constitute a reasonable procedure in treatment. And

the operation has even been recommended, and carried out, for the treatment of intractable headache, especially following injury, though there was no gross sign of fracture of the skull, or of depression of bone. It has been performed, too, more recently, as an operation of election in cases of epilepsy, quite apart from any idea of a possible search for a removable cause for the epileptic or epileptiform seizures; and it should be said that, in a very encouraging number of cases, it has proved effectual in leading to the cessation, or at least the substantial amelioration of such seizures.

Decompressive Trephining, as an operation of election, or as an operation of last resort, in connection with the therapeutics of intracranial tumours, may be considered as falling into a number of categories, each of which may be said to correspond to a step in the chronological sequence of the development of the operation in recent times.

1. *Decompressive Trephining, considered as a part of, or as the completion of, a direct craniectomy.* — In this procedure, one may suppose that the skull has been opened, in a case of suspected tumour, over the actual site of the tumour, but the tumour is found to be incapable of removal. Direct local relief thus given may be of definite advantage, except that, where the tumour is large, or the intracranial tension is great, brain and tumour are almost certain to bulge through the opening made in the skull and dura, with resultant probable gross and serious laceration of the bulging brain against the edges of the bony and dural opening, and the consequent serious effects of brain damage.... perhaps irrevocable palsy of parts of the body and limbs related to the side of the brain implicated. Such a procedure, as an operation of election, must seldom be advisable.

2. *Intermuscular-temporal Decompression, by the method of Harvey Cushing, or by some modification of this method.* — This procedure was advanced with the object of accomplishing relief, while providing, at the same time, support for the herniating brain. The skull and dura are opened underneath the temporal muscle, which is split, and its fibres are retracted, so as to uncover sufficient bone to allow of the

making of a gap of some size. The object of the procedure was, and is, to make the gap in the bone in such a situation as to provide a fairly strong muscular support for the brain. It was recognised that, if the prime purpose of the operation, viz. substantial relief of intracranial tension, were to be achieved, a hernia of brain must occur, and it was intended that such bulging brain should be given muscular support. The so-called « *sub-temporal decompression* » procedure, in which the temporal muscle, instead of being split, is cut through transversely near to its upper attachment, and turned downwards temporarily, is merely a variant of the same procedure, though it certainly allows of more extensive removal of bone than does the original form of the operation proposed and developed by Cushing. One may recall here, that Cushing, in his operation for *cerebellar decompression* sought to accomplish the same purpose as regards brain support or control by means of his « cross-bow » incision, the transverse limb of which was placed above the level of the upper attachment or origin of the cervical muscles. The closure of this large « cross-bow » wound he is accustomed to make at the conclusion of the operation, by the most careful and laborious reunion and suture, layer by layer.

3. *Decompression, by the conversion of an osteoplastic flap procedure into a purely decompressive one.* — One presumes here that the surgeon has embarked on an operation intended originally to display a tumour capable of removal, with the definite purpose, or at least the hope, of its radical extirpation, and either a tumour is not found or one is found which does not admit of removal. The osteoplastic flap operation must then be converted into a purely decompressive one. This may be done, and is done, in one of various ways. The bone included in the osteoplastic flap may be taken away, and the flap of soft tissues alone replaced and sutured in position. Or, as I think Cushing originally advised, the lower portion of the bone in the flap may be cut away, and the bony gap thus made may be supplemented by the cutting away also of a corresponding area of bone from the skull below the base of the original osteoplastic flap, leaving the upper part of the bone in the flap to support the upper brain

surface. Or — and this is a method which I have followed in several cases — the margins of the bone in the flap may be nibbled away freely all round, so as to prevent, or at least to delay its reunion with the adjacent bony edges, once it has been replaced. The bulging, protruding brain and dura are afforded in this way a definite support and protection, which, however, does not materially prejudice the relief of intracranial pressure which is sought.

4. *More extensive decompression.* — The chief purpose of this contribution is to be found under this heading. It may be said, that within recent years it has come to be realised, by not a few surgeons, that a decompressive operation, if it is to be really effective, if it is to fulfil its main function, must provide a much larger opening than is usually made in any of the foregoing procedures. Not only is this desirable as regards the immediate future, but also in respect of the later requirements of the case. The opening in the bone, to be sufficient, and therefore efficient, both for present and future needs, must be substantial. Otherwise the operation fails to achieve its main purpose. It may provide relief for the present, but the maintenance of relief will not be for any prolonged period. Even as regards the immediate future, or actually at the time of operation in cases where tension is great, unless the gap made be a large one, laceration of the extruded brain against the edges of the bone is very likely to occur, with possibly most unfortunate effect. One must recall the fact also that mere opening of the bone, without free opening of the dura, is of little value. The dura does not readily stretch. Ballance and Sherrington demonstrated, long ago, that in a recently killed dog, even when half the vault of the skull had been cut away, it was not possible to get the dural cavity to receive or contain more than an additional 0.5 c.cm. of fluid, under ordinary pressure. Removal of bone alone, then, can not be an effective palliative measure, no matter how large the area of bone removed, as it hardly alters the volume of the intradural space. To achieve efficient relief, the dura must be freely opened, removed, reflected, or so adjusted as to permit free protrusion of brain substance, and this protrusion, it must be recognised,

will become progressively larger and larger as the tumour increases, or as ventricular interference occurs and becomes aggravated. The surgeon, who sets out to do an effective decompressive operation, must recognise that, after all, the purpose of his operation can not be achieved without the production of a definite, and, it may be ultimately, a very large hernia of the brain. He must therefore make provision for this on a generous scale. Such generous provision, too, is the safest and surest method of accomplishing the purpose of the operative procedure, viz. substantial relief of the symptoms of intracranial compression.

It is obvious that the control or support of the bulging brain, in such an extensive decompressive operation must be more difficult than in an operation where the opening in bone and dura is less considerable. Bulging of the brain may be prevented, or limited to a certain extent, at the time of performance of the operation, by several expedients ; such as keeping the head well elevated during its execution ; tapping the ventricle, and allowing excess of cerebro-spinal fluid to drain off, during its progress ; or, as suggested recently by Cushing and Weed, by the intravenous injection of hypertonic saline, shortly before the dura is opened, so as to produce a temporary shrinkage of the whole brain. It is the subsequent support of the herniating brain that is the problem with which this contribution is chiefly concerned.

In the foregoing, we have seen, that in various ways, muscular, fascial, or combined muscular and fascial supports have been employed, and that these, in the more limited decompressions, have proved, in varying degrees, of service. The pericranium also has been used for the same purpose, and in some cases reliance has been placed upon the preservation and adjustment of parts of the dural flaps. To some extent this has been useful. It is well known too, that even where extensive areas of dura have been removed, or where the dural defect is considerable a new dural covering should be, and is regenerated. But, in an extensive decompressive operation, such as I have referred to last above, it seems desirable to make special provision for brain control and support at the operation itself, and in the period immediately following. It

is in the provision of such immediate support and control that I believe the following simple procedure finds its sphere of usefulness.

The method may be outlined very briefly, as follows : A very large flap of scalp (1) is raised from the side of the head, and is turned downwards. Its base is as low as is conveniently possible — almost down to zygoma, if necessary. Its free border may extend right up to, or even beyond the sagittal line. This flap includes all the layers of the scalp, down to the pericranium above, and to the temporal fascia below, but it should include neither of these. Flap (1) is turned down, well out of the way, and is protected from injury and infection by large aseptic gauze pads.

A second flap (2) is then outlined, somewhat smaller than the first, and with its base towards the upper free edge of the first flap. Its free border reaches well down upon the surface of the temporal muscle. This flap, which includes temporal fascia below and pericranium continuous with it above — a fascial-pericranial flap — is reflected upwards, and, like the first, is appropriately protected. The temporal muscle, with the remaining lower part of the temporal fascia, is then displaced well downwards out of the way, and the operator proceeds to open up the underlying bone, making as large and roomy an opening as may be desired, its only limit being that imposed by the size of the initial scalp flap. The manner of making the opening in the bone will depend upon the preference and practice of the individual operator. The edges of the bony gap are carefully rounded off and rendered smooth, so as to lessen the risk of later damage to the extruded brain, once the dura has been opened.

The dura is opened by the raising of a third flap (3), which like the first is turned downwards. This should be sufficiently less in area than the size of the bone gap to allow of the marginal portions of dura furnishing some protection to the brain from pressure and laceration on the bone edges. Before this dural flap is actually cut, haemostasis should be provided for by careful ligation of any considerable vessels. Where intracranial tension is considerable, it will be found that the full length and width of flaps (2) and (3) are required. In

cases where tension is less than was expected, excess can usually be cut away, or part of either flap may be employed to supplement the support, by making a double fold of the redundant portion as reinforcement. When the brain has been sufficiently inspected, and any necessary detail of technique has been carried out, the second flap (2), i. e. the fascial-pericranial flap, is brought down and is sutured to the free edge of the third flap (3) — the dural flap — or, if there be excess, to such a level of this as to give the necessary degree of support; the portion remaining in excess being utilised either to reinforce the support, as indicated above, or being cut away and employed to make good any defects at the lateral margins or angles of the gap. Haemostasis having been adequately provided for in respect of the first flap (1) — the scalp flap — the latter is then replaced, and its edges are carefully and closely sutured in place once more. A copious absorbent external dressing, firmly bandaged, is then applied, and the operation is complete.

The steps in the procedure which I have just outlined are sufficiently illustrated in the drawings which I am able to show, and I should state that these drawings were not made by the artist from mere descriptions given to him. They were carried out by him during the actual execution of such an operation.

The method as described and as illustrated, is presented to the Congress as a procedure of value in such extensive decompressive operations as those to which I have referred.

★
★★

M. ROLANDO (de Gênes) rapporte un cas tendant à montrer que les troubles visuels n'ont pas toujours, dans les cas de tumeurs ponto-cérébelleuses, l'importance que leur attribuent les rapporteurs. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, présentant des troubles croissants : céphalée, diminution de l'audition à droite, troubles de l'équilibre avec titubation et inclinaison à gauche, diminution de l'excitabilité électrique. *Pas de troubles visuels*. Examen négatif du fond de l'œil. La

radiographie montrait une augmentation marquée du conduit auditif interne. A l'intervention on trouva un volumineux fibrome de l'acoustique droit.

★
★ ★

Traitement des tumeurs cérébrales

V. MAGNUS (Oslo).

Pour plusieurs raisons le traitement des tumeurs cérébrales est considéré comme un des plus tristes chapitres de la chirurgie ; il y a tout d'abord la difficulté d'établir un diagnostic exact de localisation, étant donné que de larges parties du cerveau appartiennent aux régions dites silencieuses. A l'heure actuelle les neurologues ne sont pas capables de déchiffrer les symptômes d'irritation ou de déficit de ces parties du cerveau ; ce n'est que lorsque la tumeur s'est développée jusqu'au point de provoquer des symptômes dans les régions voisines, dont la symptomatologie est connue, que l'on est capable d'en établir le diagnostic exact.

Une autre raison est celle-ci, que 40 à 50 p. c. de toutes les tumeurs cérébrales sont des gliomes infiltrants, par ce fait, leur extirpation ne peut être effectuée qu'en causant des lésions à une partie considérable de la masse cérébrale.

Ces opérations causent aux malades une infirmité permanente, d'hémiplégie ou d'aphasie.

Une troisième cause peut être attribuée à l'inertie des médecins à soumettre au traitement chirurgical les cas de tumeurs cérébrales. Ils considèrent cela comme dernier refuge, et ce n'est que quand le malade se trouve au stade extrême de sa maladie qu'on l'envoie au chirurgien.

Toutefois, si les résultats obtenus jusqu'à présent par la chirurgie du cerveau ont été médiocres, on doit attribuer ce fait au manque de spécialisation dans cette branche de la chirurgie.

C'est un point de vue arriéré dans les autres branches de la chirurgie, que ce soit le médecin interniste qui décide

quand et où l'opération doit avoir lieu. C'est parce que les américains ont reconnu la nécessité de la spécialisation de la chirurgie du système nerveux, qu'ils ont fondé des chaires spéciales pour cette branche dans plusieurs hôpitaux, et qu'ils en sont les maîtres ; les chirurgiens américains tels que Cushing, Frazier et Dandy ont l'honneur des progrès du traitement opératoire du système nerveux, réalisés dans les 10 ou 15 dernières années.

Si je prends part à cette discussion en ma qualité de neurologue ce n'est que pour présenter une matière plus homogène que toute autre, publiée jusqu'à présent, parce que toute responsabilité repose sur moi, aussi bien en ce qui concerne le diagnostic que le traitement, j'ai opéré mes propres cas, et de plus ils sont tous de clientèle privée. C'est pourquoi il m'a été possible de diagnostiquer de très bonne heure un grand nombre de cas de tumeurs cérébrales.

J'ai en tout, opéré 216 malades sur lesquels j'avais porté le diagnostic : tumeur cérébrale. Parmi ceux-ci, il y a 161 cas de tumeurs cérébrales ayant donné lieu à 237 opérations, comptant la première et la deuxième séances comme deux opérations, avec 13 décès, ce qui porte la mortalité à 8 p. c.

Sur 53 cas de tumeur du cervelet, 111 opérations ont été pratiquées avec 9 décès, ce qui porte la mortalité à 17 p. c. 14 de ces cas étaient des tumeurs de l'acoustic opérées avec un décès, puis deux cas de tumeurs bulbaires, opérations palliatives avec un décès. En tout 216 malades ayant subi 351 opérations avec 23 décès, ce qui donne une mortalité de 10,6 p. c.

Les causes de décès furent, pour 16 cas : choc ; un mourut dans une crise d'épilepsie, un de méningite, un de gangrène gazeuse, un d'hyperthermie ; trois moururent de marasme 8-10 jours après l'opération.

Quelques uns de ces décès auraient pu être évités si j'avais opéré en anesthésie locale. 40 opérations étaient seulement palliatives parce que je n'avais pas trouvé de symptôme local ou avais diagnostiqué une tumeur placée en profondeur et par conséquent inextirpable. Les résultats sont les suivants : 27 vivent et ont repris leurs occupations habituelles. Parmi ceux-ci 2 vivent 15 ans après l'opération, 3 vivent 13,

2 vivent 12, 3 vivent 11, 1 vit 10, 1 vit 9, 3 vivent 8, 1 vit 7, 1 vit 6 ans après l'opération. Parmi ceux-ci qui ont été opérés au cours des cinq dernières années 10 vivent.

On estime généralement que les résultats de l'extirpation radicale de tumeur cérébrale seraient meilleurs si le malade se soumettait à un traitement neuro-opératoire dans un stade moins avancé de sa maladie. Mais sur la base de mon expérience personnelle, je dois dire que je ne partage pas cette opinion dans sa portée absolue, puisque dans beaucoup de cas les tumeurs cérébrales ne donnent que des symptômes généraux comme maux de tête, vomissements et crises épileptiques. Dans ces cas un traitement palliatif est seulement justifié.

La trépanation palliative est citée comme une preuve de l'insuffisance des neurologues à faire exactement le diagnostic, toutefois ce reproche est jusqu'à un certain point fondé, car comme j'ai dit précédemment les neurologues ne sont pas encore familiarisés avec la symptomatologie d'irritation et de déficit des régions silencieuses.

Les trépanations palliatives ne doivent pas être exécutées légèrement partant du principe « *ut aliquid fiat* », surtout quand il s'agit de la trépanation subtemporale qui est exécutée bien souvent quand il serait plutôt à conseiller une opération radicale.

L'utilité d'une trépanation palliative bien réfléchie et bien exécutée est désormais incontestable, tandis qu'une trépanation palliative exécutée à la légère et mal exécutée peut aggraver sérieusement les conditions du malade en provoquant : aphasie, hémiplégie et augmentation des symptômes de pression intracrânienne.

Il serait idéal de pouvoir identifier le siège et la structure de la tumeur, si celle-ci est limitée ou infiltrante, mais malheureusement en général ce n'est qu'en exécutant l'opération qu'on peut juger de la nature de la tumeur, si celle est limitée ou diffuse. Je ne me suis pas servi de la ponction cérébrale de Neisser et Pollack comme moyen auxiliaire pour diagnostiquer la structure et la localisation ; les dangers de cette opération sont beaucoup trop grands par rapport à son utilité diagnostique.

Il en est de même de la ventriculographie, qui donne une mortalité de 10 p. ct. et dont l'utilité essentielle ne consiste que dans la possibilité d'établir l'inexistence de la tumeur dans des zones différentes. Il faut ajouter en outre que les symptômes de pression intracrânienne augmentent par suite de l'insufflation de l'air dans les ventricules latéraux.

En ce qui concerne la technique opératoire je me sers du trépan à la main et de la scie de Gigli, je n'ai pas employé de scies électriques ou de fraises, parce que ces appareils font défaut en général justement dans le cas où ils seraient le plus utiles, comme par exemple pour couper des os tout à fait épais.

Il faut ajouter en outre que pendant mes dix premières années d'exercice professionnel j'étais obligé de travailler ou dans différentes cliniques ou à la campagne où les conditions étaient des plus primitives et par conséquent j'étais contraint à me servir d'instruments extrêmement simples ; mais comme on sait, la condition essentielle de la technique est de connaître à fond la pratique de ses propres instruments.

La plupart des opérations ont été exécutées en deux séances, et je n'ai jamais pu constater que par ce fait, il y avait un plus grand danger d'infection. Comme quelquefois l'opération procédait sans trop grande perte de sang et relativement vite, j'étais tenté de l'exécuter en une seule séance, mais heureusement j'y renonçai car quelques heures après l'opération se produisaient des symptômes alarmants de choc. D'autre part dans quelques cas la tumeur aurait pu être extirpée en faisant l'opération dans une seule séance, mais comme après la première séance les patients moururent de paralysie respiratoire, ce ne fut que par l'autopsie qu'on reconnut que la tumeur aurait pu être extirpée facilement.

Dans mes opérations je me sers d'habitude de la narcose à l'éther et dans les cas exceptionnels de l'anesthésie locale.

A partir de l'année 1912, j'ai employé, dans 41 cas, les rayons X comme traitement complémentaire de l'opération, et j'ai eu plusieurs résultats extrêmement satisfaisants, surtout quand il s'agissait de tumeur hypophysaire. Pour citer un cas : une peintre âgée de 36 ans était complètement aveugle

par suite d'une tumeur hypophysaire. Elle fut trépanée dans la région temporale de chaque côté avec ouverture de la dure mère. Après l'opération elle subit un traitement par les rayons X quatre fois ; après quelques mois elle recouvrit la vue ; il reste seulement un tout petit scotome central et elle reprit son ancien travail de peintre.

Un autre cas : dans un cas d'endothéliome dans la région occipitale la tumeur était inextirpable, après l'opération elle fut traitée par les rayons X avec comme résultat, que la croissance de la tumeur fut arrêtée, la malade 5 ans après est en bonne santé et peut travailler. Dans un autre cas où la tumeur dans la région pariéto-occipitale du côté droit était inextirpable, la malade fut soumise à plusieurs traitements par les rayons X, tous les symptômes ont disparu et elle est en état de travailler depuis 4 ans. Les sarcomes et les gliomes ont été toujours réfractaires au traitement par les rayons X.

Je n'ai employé le traitement par le Radium que dans un cas d'angioma cérébri inextirpable, et la malade est depuis 13 ans bien portante et peut travailler.

Avec le développement rapide des rayons X pendant ces dernières années, on a le droit d'espérer de très bons résultats du traitement des tumeurs cérébrales inextirpables, diffuses ou situées en profondeur.

★
★★

Terapia dei tumori cerebrali

Prof. GIUSEPPE SOLARO (*Busto Arsizio*).

1) Nei tumori cerebrali non localizzabili o non suscettibili di radicale estirpazione la radioterapia fornisce in un certo numero di casi dei risultati soddisfacenti. In ammalati con disturbi della vista rapidamente progredienti sarebbe però un errore fare assegnamento sulla radioterapia per influire sul tumore al punto da arrestare o diminuire i danni arrecati dalla iperpressione alla funzione visiva. Si correrebbe il rischio di perdere del tempo prezioso e di ridursi a prati-

care la decompressione quando la vista è ormai irreparabilmente perduta. In tali casi l'intervento decompressivo va praticato per primo, come provvedimento d'urgenza, e la radioterapia successivamente praticata attraverso la breccia craniotomica sembra avere una efficacia maggiore che a cranio integro.

Cito a questo proposito il caso di un tumore teleangectasico del lobo frontale destro (Sig. Carla C. B., di anni 36), nel quale, riuscendo impossibile, per l'emorragia derivante dalle inevitabili lesioni di vasi enormemente sviluppati, praticare la estirpazione del tumore, l'intervento venne limitato a una ampia craniotomia decompressiva e alla immediata applicazione di una placca di radium (25 mmg. di radium-elemento, molto filtrato) a diretto contatto con la dura madre. Dopo 48 ore, tolta la placca, venne suturato il lembo tegumentario. Tutti i sintomi (cefalea, vomito, alterazioni della vista, paresi del facciale sin., ipertonìa dei muscoli della metà sin. del corpo, disturbi psichici gravi) scomparvero e la paz. poté ritornare alle sue normali occupazioni. Successivamente si fecero altre applicazioni (transcutanee) a intervalli di circa tre mesi, e attualmente, a distanza di un anno dall'operazione, la paz. continua bene.

2) Sulla opportunità di ricorrere all'indagine radiografica in ogni caso di affezioni endocraniche non si è mai abbastanza insistito. In individui ritenuti affetti da epilessia essenziale, più volte, nella mia pratica, è occorso di mettere in evidenza, con questo esame, delle alterazioni organiche chirurgicamente rimovibili, prima non sospettate.

In uno di questi casi si trattava di tumore cerebrale. La paziente (Sig. na Anita M., di anni 28) era stata per 12 anni curata per epilessia genuina. Solo alcuni mesi prima della mia visita erano comparsi sintomi manifesti di pressione endocranica e disturbi visivi i quali fecero sospettare, all'oculista interpellato, il tumore cerebrale. La radiografia infatti rivelò la presenza di un grosso nucleo calcificato e, all'operazione, io potei asportare dal lobo temporale destro un tumore del volume di una grossa noce, del peso di 43 gr., a sede sottocorticale, in massima parte calcificato (endotelioma psammomatoso). Il caso è istruttivo in quanto dimostra che —

ove non fosse stata trascurata l'indagine radiologica, — si sarebbe evitato l'errore diagnostico e la paz. avrebbe potuto conseguire la guarigione diversi anni prima.

★
★ ★

Traitement des tumeurs cérébrales

F. DE QUERVAIN (Berne)

Il n'a pas été question dans les rapports présentés à ce congrès d'une opération palliative qui, tout en étant peu grave, peut procurer au malade dans certains cas un soulagement d'une durée assez longue. J'entends parler du drainage sous-cutané de la citerne cérébello-médullaire. La citerne étant ouverte, sous anesthésie locale, nous créons une poche sous-cutanée et nous la mettons en communication avec la citerne par deux écheveaux de crin de Florence. Ces écheveaux sont fixés aux aponévroses à l'aide des points séparés au catgut, de façon à ne pouvoir pénétrer dans la citerne même. Ce procédé présente certainement moins d'inconvénients que la trépanation décompressive qui, tôt ou tard, conduit dans la plupart des cas à un prolapsus cérébral. Il nous a valu, dans des cas inopérables, des périodes de soulagement même de plusieurs années.

★
★ ★

M. PASCHOUD (de Lausanne) rapporte deux cas personnels assez particuliers :

1° Femme de 21 ans, soignée depuis sept ans pour sclérose en plaques, puis opérée pour tumeur ponto-cérébelleuse, en deux temps. Elle présentait des troubles de l'ouïe, de la paralysie faciale, une cécité presque complète, le tout ayant débuté à la suite d'une scarlatine. Améliorée par l'intervention, cette malade mourut brusquement le dix-septième jour avec des phénomènes de méningite. A l'autopsie on trouva une tumeur du rocher, méconnue et infectée (streptocoque).

2° Homme de 19 ans ayant eu, à l'âge de 3 ans, une perforation du frontal par accident (chute sur une lame de couteau), et présentant (16 ans plus tard par conséquent) des troubles de l'intelligence et des troubles moteurs de la main (pouce et index surtout). La radio montre une ombre nette que l'on prend pour une tumeur calcifiée ; en réalité, il s'agit d'un ostéome développé autour d'une esquille de la table interne détachée par le traumatisme. L'évolution de cette masse avait entraîné de la compression rolandique. Trépanation. Ablation de la tumeur. Guérison.

★
★★

Treatment of cerebral tumour

H. S. SOUTTAR, London

I wish to present to the Congress an entirely new appliance, by means of which the skull can be opened with a facility not hitherto approached. It is specially designed for osteoplastic flaps on the lateral aspects of the skull, and by its means a flap of any size can be rapidly formed. The method of using it is as follows.

At the centre of the intended bony flap, after turning down a sufficiently large scalp flap, a small trephine hole is made. Into this is inserted a plug, which can be expanded until it firmly grips the hole into which it has been inserted. The shaft of the plug forms a pivot, now rigidly fixed to the skull, around which can turn a long lever. On the lever slides a stout carriage, in which is inserted a narrow chisel, so that when the lever is drawn towards the operator this chisel cuts through the skull as does the parting tool of an engineer. The tool can be advanced from a socket which prevents it from entering too deeply, and as the lever can readily be limited in its range to any short section of the whole cut, it is an easy matter to cut through different thicknesses without injury to the dura at any point. The base of the flap is not cut through, and when the remaining three quarters of the circle has been cut, the flap is wrenched up and the base broken across. The

temporal muscle, carrying the blood supply of the bony flap remains intact.

The tool socket is so placed that the cut through the skull is at right angles to its surface, and as the skull itself is roughly spherical this means that the actual section is conical. As a result when the bony flap is replaced it fits firmly into its place and it is impossible to drive it below the surface of the skull. Moreover the tool cuts so narrow and accurate a channel that perfect coaptation is assured. The tool is exceedingly easy to handle, and the smoothness with which it works is of especial advantage in operating under local anaesthesia, as I am accustomed to do. It cuts with great rapidity, and in an ordinary case the actual cutting of the bone can be accomplished in about two minutes, the insertion of the pivot occupying about the same time. It is easier and safer to use than any power-driven appliance, whilst it presents all the convenience of a hand tool.

★
★★

M. MARTIN (de Cardiff) présente une observation de sarcome de la base guéri par la curiethérapie. A l'ouverture de la dure-mère, on tomba sur une grosse masse dépassant la ligne médiane et absolument inextirpable. L'auteur utilisa 125 milligrammes de radium laissés en place pendant 30 heures. L'intervention date du début de 1924 et le malade reste guéri.

★
★★

Quelques réflexions sur l'avantage de l'ouverture de la dure-mère au cours de trépanations décompressives

Prof. ARNOLD JIRASEK (Praha).

La question de l'ouverture de la dure-mère au cours des trépanations décompressives du crâne n'est pas encore tranchée. Un grand nombre de chirurgiens anglais, américains et allemands (Hornsley, Kocher, Küttner, Cushing, Eiselsberg) pratiquent en principe la trépanation avec l'ouverture de

la dure-mère, tandis que les autres, Duret et de Martel par exemple, se contentent d'ouvrir le crâne. Dans son article de 1923, Velter défend cette dernière opinion, en objectant contre l'ouverture de la dure-mère que son effet décompressif n'est pas si efficace, que l'ouverture favorise le prolapsus du tissu cérébral et qu'elle peut amener la mort par l'altération brusque de la tension intracrânienne.

A la clinique du Prof. Kukula, à Prague, nous avons pratiqués toujours la décompression avec l'ouverture de la dure-mère (45 fois). Après la publication de Velter nous avons soumis cette méthode à une nouvelle révision pour nous assurer de sa justification et je vais me permettre de vous faire connaître les résultats de nos recherches.

L'effet de la décompression est avant tout mécanique et il faut donc l'envisager surtout de ce point de vue. La nature des influences biologiques des procès pathogènes intracérébraux sur leur voisinage n'est pas encore suffisamment connue et il est donc impossible de nous en occuper. L'incision de la dure-mère est parfaitement indiquée au point de vue théorique, lorsqu'on prend en considération la théorie de circulation et celle de compression. Pratiquement on peut constater que l'ouverture de la dure-mère augmente incontestablement l'effet de la trépanation, car la dure-mère intacte soutient l'hypertension intracérébrale même après l'ouverture du crâne. D'abord c'est la nature anatomique de la dure-mère, elle-même, qui prouve ce fait. Puis ce sont des faits, que j'ai observés maintes fois au cours des trépanations, en trouvant dans les cas, qui présentaient une tension intracérébrale très élevée, les vaisseaux sanguins de la dure-mère peu remplis ou bien vides. Il est aussi bien connu, que dans les cas de l'hypertension la pulsation du cerveau n'est pas perceptible, la dure-mère étant fermée et qu'elle apparaît immédiatement après la durotomie. Enfin ce sont des encéphalogrammes de cas opérés par l'un ou l'autre procédé, qui parlent en faveur de cet avis. Dans deux cas de tumeurs cérébrales inopérables, où la dure-mère a été ouverte, l'encéphalographie faite après l'opération a démontrée, que le ventricule latéral un peu comprimé s'est dilaté quatre fois de volume, tandis que le centricule gauche, qui

a été invisible avant l'opération, a même dépassé les dimensions du premier. Quant au troisième ventricule qui ne s'emplissait du tout avant l'opération, s'est rempli nettement après l'intervention faite. Dans deux cas analogues, où la dure-mère n'a pas été ouverte, la dilatation des ventricules a été beaucoup moins accentuée que dans les cas précédents. Les faits constatés pendant des opérations et les encéphalogrammes des malades, opérés par l'une ou l'autre méthode sont si éloquents, qu'ils suffiraient à eux seules pour justifier notre manière d'agir.

En ce qui concerne les symptômes cliniques nous avons observé que dans les cas avec la dure-mère ouverte la céphalée a cessé immédiatement après l'opération, tandis que dans les autres cas elle a persisté malgré la craniectomie, jusqu'au jour où l'on a pratiqué la durotomie. D'après l'opinion de la grande majorité d'auteurs les céphalées sont causées de plupart par une tension de la dure-mère ce qui prouve également l'avantage de son incision. Si c'est la compression du noyau lenticulaire et de la base du troisième ventricule qui joue un rôle important dans la genèse de ces douleurs, c'est bien notre procédé encore, qui est plus efficace pour soulager l'état pénible du malade.

Un autre avantage d'ordre mécanique de l'ouverture de la dure-mère est le drainage de l'espace sous-arachnoïdien vers le tissu sous-cutané. Par ce drainage on peut lutter même contre l'hydrocéphalie en supposant que la communication avec le système ventriculaire est intacte. La perte du tissu cérébral provenant de l'hernie cérébrale n'a pas tant d'importance dans ces états graves et désespérés, les opérations étant pratiquée sur les régions muettes. Ce procédé est moins dangereux qu'on n'avait cru d'ailleurs. Les expériences avec les plaies de guerre du cerveau ont démontré ce fait. Les lésions du tissu cérébral suivies de troubles de locomotion et de la sensibilité des régions correspondantes arrivent également au cours de craniectomie simple sans ouverture de la dure-mère, comme nous avons pu voir chez un de nos malades. Celui-ci a présenté quatre semaines après l'opération une hémiparésie due à une lésion du tissu cérébral du côté opposé, qui ne pouvait pas être attribuée, comme l'autopsie

J'a démontré, ni à la lésion opératoire directe, ni à l'influence nocive de la tumeur.

Velter parle de l'influence délétère de l'ouverture de la dure-mère qui peut amener même la mort. Et bien, on sait que l'ouverture de la dure-mère n'altère pas dans une telle mesure les conditions de pression intracérébrale, que d'autres procédés décompressifs, par exemple une ponction ventriculaire dans l'hydrocéphalie ou même l'encéphalographie. Cependant chez les malades avec une tension intracrânienne très élevée, où l'équilibre n'est soutenu que par un suprême effort, chaque tentative de décompression pourrait devenir fatale. Mais il ne faut pas refuser en principe l'ouverture de la dure-mère, qui n'est qu'un procédé parmi les nombreux procédés opératoires et qui sont plus héroïques encore que la durotomie. Le seul danger réel de l'ouverture de la dure-mère est la possibilité de la formation d'une fistule cérébrale avec toutes ses conséquences fatales, qui en résultent.

RESUME :

La trépanation décompressive sans ouverture de la dure-mère ne suffit pas dans les cas de l'hypertension intracrânienne très accentuée. Cette opinion est basée sur la conception d'ordre théorique, sur la nature anatomique de la dure-mère et sur la relation de celle-ci avec la genèse des céphalées. Les preuves suivantes parlent encore à la faveur de la durotomie : Les altérations de pulsation cérébrale, constatées avant et après l'ouverture de la dure-mère, le remplissage de ses vaisseaux sanguins, l'action de la pression sur les parties sensibles du cerveau, et enfin nos encéphalogrammes des malades opérés par l'un ou l'autre procédé.

La différence quantitative entre l'état avant et après la durotomie se traduisant par une dilatation de toutes les parties du système ventriculaire, même de celles qui n'étaient pas visibles avant l'opération, prouve clairement, qu'il faut considérer l'ouverture de la dure-mère comme une opération absolument indiquée pour les tumeurs à l'évolution rapide, pour les cas d'hydrocéphalie communicante et pour les cas des abcès cérébraux probables non localisés. Même dans

les cas d'épilepsie essentielle et d'hydrocéphalie interne où l'ouverture de la dure-mère n'est pas si urgente, il faut se décider pour la durotomie aussitôt, quand le premier procédé s'est montré inefficace.

PRÉSENTATIONS :

Première observation, une malade de 19 ans.

D'après la supposition du D^r Henner une tumeur est localisée dans la partie gauche du mésencéphale ou bien dans les corps optostriés droits.

1) Encéphalographie avant l'opération : Le ventricule latéral droit d'une forme d'une poire, le ventricule gauche et le troisième ventricule ne s'emplissent pas,

2) Cinquante-trois jours après la trépanation décompressive sans ouverture de la dure-mère : Le ventricule droit est un peu dilaté, dans le ventricule gauche on aperçoit à peine quelques traces du remplissage. Le troisième ventricule ne s'emplit pas.

★ ★

Deuxième observation. une malade de 24 ans.

Tumeur du cerveau, diagnostic topique incertain. Le neurologue conseille pourtant à titre d'essai d'aborder les ganglions centraux, gauches.

3) L'encéphalographie avant l'opération : Le ventricule droit est visible, celui de gauche et le troisième ne sont pas visibles du tout.

4) Vingt-deux jours après la trépanation décompressive avec l'ouverture de la dure-mère : Les deux ventricules latéraux sont dilatés, celui du côté gauche plus que celui du côté droit. Le troisième ventricule est visible.

★ ★

Thérapeutique des tumeurs cérébrales

D^r PAUL MARTIN, de Bruxelles.

J'ai écouté avec grand intérêt l'exposé des rapporteurs. Chacun nous a donné l'essentiel de son expérience personnelle et certes plus d'un point mis en avant est des plus instructif.

On s'est beaucoup appesanti sur les statistiques de mortalité opératoire. Il est évident que l'on doit s'efforcer de réduire le plus possible la mortalité immédiate de l'opération ; de là l'intérêt des statistiques qui permettent des comparaisons et sont un stimulant énergique pour les chirurgiens. Une statistique n'a cependant de valeur que si elle est dûment commentée et chaque fois que l'on établit une statistique opératoire on doit spécifier d'une façon détaillée comment elle a été établie.

Un opérateur qui étendra les limites de l'opérabilité aura une mortalité élevée, un autre plus prudent, ou plus pusillanime, maintiendra des chiffres bas. Sur un modeste total de 22 interventions pour tumeurs cérébrales, j'ai eu le regret de constater 4 décès, donc 18 % de mortalité immédiate. Mais j'ai opéré trois malades « in extremis », dans le coma depuis plusieurs jours, et si je défalque ces cas pour lesquels je m'attendais à une issue fatale et où l'opération était une tentative désespérée, je ne dois relever qu'un seul cas où l'opération fut directement responsable de la mort.

Il y aurait un moyen bien simple de diminuer la mortalité opératoire, ce serait de s'abstenir dans tous les cas qui paraissent être hors d'état de supporter une intervention grave.

Ce moyen est à rejeter, car parmi les cas désespérés et qui se termineraient sans aucun doute par un décès si l'on n'intervenait pas, on peut dans un certain nombre de cas, minime il est vrai, obtenir une véritable résurrection.

Actuellement la plupart des cas qui sont envoyés au chirurgien sont depuis longtemps sous l'influence d'une hypertension intracrânienne élevée, ils présentent presque tous une papille de stase, la vue est compromise et les structures cérébrales sont fâcheusement impressionnées par l'hypertension.

Dans 80 ou 90 % des cas le diagnostic ferme de tumeur endocranienne est fait par l'ophtalmologue donc forcément à une période avancée de la maladie. Tant que le médecin général ne sera pas à même de dépister plus tôt dans leur évolution les tumeurs cérébrales, les résultats chirurgicaux seront forcément médiocres. C'est sur ce point qu'il faut avant tout insister, il faut que les médecins praticiens sachent que les tumeurs de l'encéphale ne sont pas des lésions rares comme l'enseignent les traités classiques, il faut qu'ils aient l'attention attirée sur une lésion endocranienne et que dès qu'ils soupçonnent une néoplasie intracrânienne qu'ils l'envoient aussitôt à celui qui pourra faire le diagnostic.

En attendant que les diagnostics soient faits plus précocement, le chirurgien pourra améliorer ses résultats opératoires par la connaissance et l'application des indications opératoires.

Les indications respectives des différents procédés opératoires sont ignorées de la plupart des chirurgiens généraux.

S'il est une opération bénigne c'est la décompression sous-temporale de Cushing. Elle ne doit pas donner dans des mains entraînées plus de 3 ou 4 % de décès ; cependant si on l'emploie sans discrimination on voit le chiffre des décès opératoires augmenter dans de grandes proportions, alors peut-être qu'une opération beaucoup plus importante et plus chokante mais mieux adaptée au cas aurait donné sur le même malade un résultat heureux.

Dans les cas de tumeurs de la fosse cérébelleuse en général et en particulier dans les cas de tumeurs de l'angle pontocérébelleux, la trépanation sous-temporale est rarement utile, souvent nuisible. Car elle n'a le plus souvent pas d'influence sur l'hypertension.

Ces néoplasmes sont justiciables d'une trépanation de la loge cérébelleuse et si possible de l'extirpation.

Il est des tumeurs où l'opération quelle qu'elle soit est contre-indiquée, notamment les tumeurs de la protubérance et du tronc cérébral.

Je suis loin de méconnaître l'importance primordiale de la technique opératoire et si un bon nombre d'échecs sont dus à des fautes de technique il y en a au moins autant qui doi-

vent reconnaître pour cause une application erronée des indications opératoires.

Je voudrais aussi faire quelques réflexions au sujet de la radiothérapie profonde dans les tumeurs cérébrales en général. Certains en sont exagérément partisans, l'appliquent à tous les cas tandis que d'autres ne veulent pas en entendre parler.

Ces deux attitudes sont également condamnables. Il est évident que la thérapeutique par les radiations est dans une phase expérimentale. Beaucoup l'emploient encore mal n'usant que de doses trop faibles.

A mon avis elle ne doit être qu'un complément du traitement chirurgical et on doit se borner actuellement à recueillir des documents (observations de malades très complètes au point de vue neurologique et avec vérification anatomique).

Dans quelques années l'analyse de ces documents complets pourra permettre de se faire une opinion.

*
* *

**La radiothérapie profonde associée à la chirurgie
dans la thérapeutique des tumeurs cérébrales
(huit cas dont trois cas de gliomes traités et vérifiés à l'autopsie)**

par les Docteurs

L. LARUELLE

Médecin en chef du Centre Neurologique
de Bruxelles

F. SLUYS

Institut du Radium de Bruxelles

I. — INTRODUCTION

Nous avons été surpris à la lecture des différents rapports du peu de place réservé aux traitements, par les radiations, dans la thérapeutique des tumeurs cérébrales. M. le Professeur Lozano n'y consacre que quelques pages et le Dr Percy Sargent quelques mots seulement. Il est tout naturel que dans un Congrès de Chirurgie la place dominante soit donnée aux techniques chirurgicales, mais les résultats ob-

tenus et publiés sur l'action incontestable des rayons dans les tumeurs cérébrales mériteraient, selon nous, une plus grande attention.

Depuis la fondation du Centre Neurologique de Bruxelles (janvier 1925) nous avons eu l'occasion de soumettre huit cas de tumeurs cérébrales à la radiothérapie profonde. Cas cas se répartissent de la façon suivante :

3 cas de gliomes cérébraux.

2 cas de tumeurs du lobe temporal de nature indéterminée.

1 cas de tumeur ponto-cérébelleuse.

1 cas de syndrome chiasmatique (gliome du chiasma ?).

Les trois premiers cas de gliomes cérébraux offrent un intérêt particulier parce que les tumeurs ont été vérifiées par la nécropsie.

Pour trois autres cas : tumeur ponto-cérébelleuse, acromégalie et syndrome chiasmatique, le diagnostic de tumeur cérébrale s'appuie sur une symptomatologie très nette et particulièrement sur les données fournies par la radiographie.

Le diagnostic des deux tumeurs du lobe temporal sont des diagnostics de présomption résultant de la symptomatologie.

Ces différents cas ont été étudiés et suivis au Centre Neurologique de Bruxelles, selon les formules et la discipline l'examen qui a été établie par un de nous. (D^r Laruelle) et dont les particularités sont les suivantes :

1° Les examens sont faits en série au point de vue neurologique et par les différents spécialistes.

2° Les examens d'oculistique sont pratiqués en série par l'ophtalmologiste (le D^r Gaudissart), le champ visuel notamment est étudié au moyen d'un écran de Gjerrum, modifié par Walker, simplifié et amélioré par Gaudissart, de façon à déceler les moindres altérations de la sensibilité d'une partie quelconque de la rétine.

3° L'examen mental est assuré par le psychiatre (le D^r Vermeylen). Il est objectivé par l'emploi de tests psychologiques semblables aux tests psycho-pédagogiques établis par

le Dr Vermeyleylen. Ces examens aboutissent à des psychogrammes qui démontrent les oscillations du niveau mental.

La collaboration très étroite des différents éléments spécialisés de cette équipe neurologique, les examens sérieux, échelonnés pendant toute l'évolution, sur des malades hospitalisés dans un milieu d'observation rigoureuse, l'objectivation des constatations cliniques, nous permettent de donner toute leur valeur aux modifications de l'état du malade dues à la thérapeutique employée.

II. — LA THERAPEUTIQUE

La thérapeutique appliquée aux 8 cas que nous relatons a été radio-chirurgicale.

1° TRAITEMENT CHIRURGICAL

Elle a consisté en une trépanation décompressive réalisée par un « *Cushing* » double aussi étendu que possible, créant une ouverture moyenne d'environ 4 × cm.

L'action décompressive a été portée au maximum en faisant suivre le temps osseux par un dédoublement de la dure-mère avec résection de tout le feuillet fibreux. Celui-ci inextensible, réséqué, il ne reste que le feuillet interne, mince et souple comme une baudruche d'une élasticité absolue qui ne contrarie plus en rien les mouvements d'extension cérébrale, tout en restant une barrière très sérieuse pour l'infection, la perte du liquide cérébro-spinal et la hernie cérébrale.

Cette technique du clivage de la dure-mère, fixée par un de nous (le Dr Laruelle) et appliquée depuis plusieurs années dans son service par ses collaborateurs chirurgicaux, les Drs Ledoux, Christophe et Joly, n'a d'autre inconvénient que d'allonger la durée de l'intervention. Le seul point un peu délicat est d'atteindre exactement le plan de clivage entre les deux feuillets : on y arrive aisément en grattant prudemment la dure-mère au moyen d'un couteau à cataracte jusqu'au moment où apparaît le feuillet interne, celui-ci étant reconnaissable à sa coloration d'un gris bluté, à son aspect

lisse et à sa souplesse. Ce plan trouvé, le dédoublement se fait aisément en partant de la ligne transversale et en relevant ou en abaissant les deux lambeaux du feuillet dure-mérien, saisi entre pinces, vers le haut et vers le bas. Nous avons pu vérifier par des examens post-mortem pratiqués un an et plus après l'intervention que ce feuillet fibreux ne se régénère pas.

En somme, il s'agit ici d'une manœuvre opératoire qui donne au point de vue mécanique les mêmes avantages que la résection totale de la dure-mère tout en augmentant considérablement la sécurité de l'intervention par le maintien du feuillet interne.

Ce premier temps chirurgical est destiné à réaliser d'abord le soulagement mécanique du cerveau hypertendu ; secondairement, à permettre les applications énergiques d'emblée de thérapie profonde.

Nous estimons qu'il doit être un préambule absolument nécessaire à la radiothérapie et, pour notre part, nous ne consentons plus à aborder celle-ci sans l'intervention chirurgicale préalable.

Nous avons pu vérifier en effet par des mesures manométriques faites au niveau de nos volets de décompression et sur la surface presque libre du cerveau que les premières applications radiothérapiques déterminent un violent « à coup » de pression intra-crânienne, provoquant dans certains cas une véritable protusion cérébrale par la brèche osseuse. C'est à ce « coup de bélier » qu'il faut rattacher les accidents graves et les symptômes douloureux (céphalée, vomissements, vertiges, confusion mentale, coma) survenant presque régulièrement après les applications d'X. Ces manifestations n'apparaissent pas quand on a eu soin de faire la décompression préalable, les seuls symptômes, les seuls maux qui subsistent alors sont ceux qui constituent le « mal des radiations » auxquels naturellement les irradiés de la tête n'échappent pas plus que les autres.

Ajoutons pour terminer que nos malades sont généralement opérés sous anesthésie locale, en position assise, sur un fauteuil construit pour le C. N. sur les indications du D^r L. Christophe (fig. n° 1).



FIG. 1. — Fauteuil opératoire type C. N. de Bruxelles.
Construit sur les indications du Dr Christophe.

2° TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

La thérapeutique par les radiations ne diffère pas de celle décrite autrefois par l'un de nous (D^r Sluys) (1). Sur la tumeur on fait converger les faisceaux bien localisés de rayons X très pénétrants émanant d'ampoules puissantes soumises à de très hautes tensions (200.000 volts) Gaiffe-Galot-Pilon, tension constante. Filtration 5/10 mm. Cuivre, 5/10 mm. Aluminium. Distance focale : 40 cm. Par porte d'entrée 4000 R. (français) 4 à 5 portes d'entrée, parfois 6, 1000 R. par jour. Etalement dans le temps de 12 à 20 jours.

III. — FAITS CLINIQUES

Des huit cas de néoplasmes intracrâniens traités par radio-chirurgie, nous isolerons d'abord trois cas de vastes gliomes cérébraux dont la localisation et la nature ont pu être établies à la nécropsie.

CAS n° I, Ded...

1° SYMPTOMATOLOGIE

Homme de 47 ans sans antécédents héréditaires et personnel ; a présenté les premiers symptômes de son affection un an avant son admission au C. N.

Les symptômes se sont établis dans l'ordre suivant : céphalée, crises convulsives épileptiformes sans Jacksonisme, troubles psychiques, narcolepsie progressive, papille de stase. La prévalence de la narcolepsie, l'adjonction d'une polyurie, d'une glycosurie d'ailleurs passagères, la discrétion de la papille de stase, l'apparition précoce de symptômes bulbaires légers avaient fait porter, au premier examen, le diagnostic de tumeur probable du troisième ventricule.

2° TRAITEMENT

a) TRAITEMENT CHIRURGICAL : les 2 volets décompressifs sont pratiqués à 15 jours d'intervalle à droite et à gauche selon la technique décrite plus haut (clivage dure-mérien) (D^{rs} Ledoux et Christophe).

(1) D^{rs} Bremier, Coppez, Sluys. « Le Cancer », n° II, 1924.

RÉSULTATS à part la céphalée qui est devenue moins vive, la symptomatologie n'a pas été influencée.

Bien plus, des symptômes nouveaux ont apparus : délire, difficulté d'élocution, troubles de déglutition, incontinence d'urine. La papille de stase qui avait rapidement progressé dans l'intervalle n'est pas modifiée.

b) TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE.

Le traitement radiothérapique est commencé le 16 juillet 1925 et prolongé jusqu'au 18 août. Il comporte 16 applications (Dr Sluys) en 3 séries de 12.000 à 16.000 R. par 4 et 5 P. E. (voir technique plus haut).

RÉSULTATS

1. Dès la seconde séance le Dr Gaudissart, oculiste du C. N., signale une « amélioration » très notable « de la stase ».

2. A la 5^e séance, l'amélioration clinique s'avère. La « narcolepsie », les « troubles psychiques » et « de déglutitions » ont diminués.

3. A la 8^e séance tous les symptômes sont atténués : les « troubles moteurs » (marche, parole, équilibre) sont en forte régression.

4. Enfin le 18 août, à la 16^e séance, le malade qui avait été pendant des semaines plongé dans un sommeil permanent et qui avait été alimenté à la cuillère et si péniblement qu'il fallait plus d'une demie-heure pour lui faire absorber une tasse de liquide, le malade mange seul, peut se lever, parle presque sans troubles et n'accuse plus aucune douleur.

L'« état général » s'améliore rapidement de telle sorte qu'il peut quitter la clinique et rentrer chez lui. Le malade est présenté le 31 octobre 1925 à la Société Belge de Neurologie : il subsiste très peu de symptômes apparents de sa lésion.

Cette situation se maintient pendant 2 1/2 mois environ.

A ce moment reparaissent progressivement les symptômes antérieurs. Une nouvelle série de radiothérapie est fait du 3 au 16 novembre 1925 (16.000 R. en 8 séances journalières). Quelques jours après tous les symptômes diminuent progressivement, mais l'amélioration est moins profonde et peu durable.

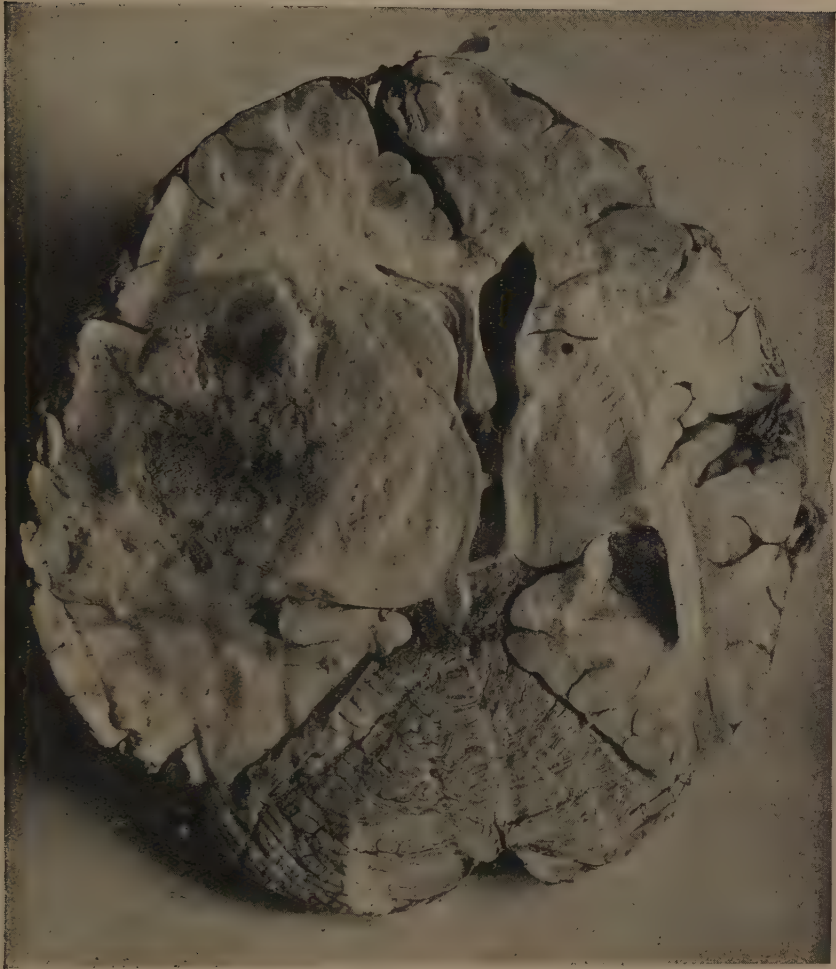


FIG. 2. — Cas N° 1. — Ded.

Le 4 décembre 1925, une 3^e série de neuf applications est faite jusqu'au 14 décembre. Amélioration de tous les symptômes qui se maintient jusque fin janvier 1926 (1 1/2 mois).

A partir de ce moment, l'évolution de la maladie se poursuit jusqu'au décès par troubles bulbaires qui survient le 2 mars 1926.

3° NÉCROPSIE

A l'examen, la tumeur a l'apparence d'un vaste gliome. Sur une coupe horizontale des deux hémisphères passant exactement au-dessus de la commissure blanche, la tumeur siège dans le centre ovale gauche entre N L 3 et l'écorce de l'Insula, à peu près à l'emplacement de l'avant-mur. Elle mesure 6 cm. dans sa plus grande longueur et 5 cm. dans sa largeur. L'infiltration gliomateuse se prolonge en dedans jusqu'à la partie postérieure de N L 2 (fig. 2, cas n° 1. Ded.).

En hauteur, la tumeur s'étend vers le bas jusqu'au pôle temporal et plonge vers le haut dans le centre ovale. Toute la moitié gauche de l'hémisphère est considérablement hypertrophiée par suite de la présence du néoplasme. Prise un peu au-dessus de la commissure blanche, l'hémisphère gauche mesure 9 1/2 cm. et le droit 6 cm. La région de l'avant-mur qui mesure à peine 1 cm. normalement à ce niveau, en mesure 4.

Les cavités ventriculaires sont retrécies, à gauche, les parois étant pour ainsi dire refoulées l'une contre l'autre par le développement de la tumeur. Elles sont au contraire largement distendues à droite notamment au niveau du carrefour occipito-temporal qui est largement béant.

L'étude histologique de cette tumeur sera faite et publiée ultérieurement.

4° COMMENTAIRES

1. Action pour ainsi dire nulle de la décompression chirurgicale.
2. Action très rapide et très puissante de la 1^{re} série d'applications des X ayant amené une guérison apparente.
3. Action certaine des X lors des deux séries d'applications consécutives, mais moins puissante ayant simplement déterminé une réduction des symptômes.
4. Dès la première application, la papille de stase disparaît et ne réapparaît plus dans la suite.

CAS n° II, Des...

1° SYMPTOMATOLOGIE

Homme de 28 ans, sans antécédents familiaux ni personnels. La maladie a débuté 1 1/2 an avant l'entrée en C. N. (le 5 février 1925) par de l'épilepsie, de la céphalée et des troubles psychiques légers. Plus tard ont apparu des troubles oculaires, de la tase, des troubles moteurs, des troubles de l'équilibre, de la parole et des troubles de la sensibilité.

Le diagnostic est : Tumeur cérébrale à siège fronto-temporal droit.

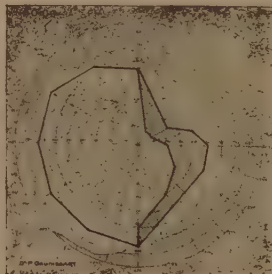
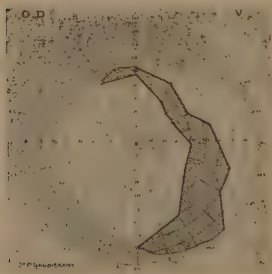
2° TRAITEMENT

a) TRAITEMENT CHIRURGICAL : Une trépanation décompressive par un volet ostéo-plastique fronto temporal est a lieu le 7 mai 1925 (D^r Ledoux) ; 2^e intervention un mois plus tard, 5 juin 1925, à gauche (D^r Christophe), Cushing avec clivage dure-mérien.

RÉSULTATS : atténuation du syndrome d'hypertension, qui avait subi une brusque aggravation dans les derniers jours, notamment amélioration de la céphalée et de la somnolence.

b) TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE.

La radiothérapie profonde commence le 17 juin 1925, soit plus d'un mois après la première décompression et se termine le 30 juin 1925 après 10 séances (D^r Sluys) (16.000 R.).



Cas Der... — Champ visuel. Avant et après application X.
Le champ pointillé a été reconquis.

RÉSULTATS

A la fin du traitement, l'amélioration obtenue porte sur tous les symptômes, mais bien sur le syndrome d'hypertension que sur les symptômes de foyer.

1. Trois jours après la première applicatoïn de radiothérapie profonde, l'oculiste signale une régression considérable de la « papille de stase ». Le 30 juin, après la 10^e séance la papille a complètement disparu. Elle ne réapparaît plus dans la suite malgré l'évolution progressive.

2. La « céphalée » a disparu.

3. L'état de « stupeur » qui était profond dans les derniers temps a disparu.

4. Les « crises épileptiformes » ont disparu ; il persiste des absences mais très fugaces et très légères.

5. Les « troubles psychiques » sont influencés dès la 4^e séance et le rendement cérébral psychique n'a cessé de progresser pendant les semaines suivantes. Le malade qui était grincheux est redevenu affectueux et manifeste sa reconnaissance pour les soins qu'on lui a donnés. Il a perdu son caractère de puérilité, d'enfant blagueur, qui était si frappant au début, et qui contrastait avec son sérieux antérieur : peu à peu celui-ci tend à reparaitre.

La « mémoire » des faits anciens est complète ; la mémoire des faits récents est redevenue bonne ; l'amnésie de fixation a disparu ; la conservation des souvenirs, fort labile et lacunaire, est devenue durable et continue, de telle sorte que pour ce qui concerne la mémoire, les faits anciens sont fidèlement et rapidement évoqués et les faits récents se fixent facilement et se conservent bien.

Pour ce qui concerne l'« attention », le malade qui avait un gros déficit de l'attention et ne pouvait se maintenir à aucun travail est devenu beaucoup moins fatigable. Dans l'ensemble, le travail intellectuel, qui était globalement très diminué, a pris un caractère beaucoup meilleur et moins automatique.

6. Les « troubles moteurs » sont beaucoup diminués. Il persiste un léger déficit parétique à la face et au bras gauche, et une hypertonie avec tendance à la contracture en flexion du bras gauche.

Les troubles de l'« équilibre » dynamique et statique, qui empêchaient le malade de se tenir debout ont disparu et le malade peut

se lever et marcher sans difficulté. Les hallucinations de l'équilibre fréquentes lorsque D... était couché, ont disparu.

7. Les « troubles de la parole » qui consistaient en une bradyphasie, en paraplasie et en aphasie amnésique ont été fortement réduits. Le malade parle beaucoup moins lentement et trouve les mots justes avec beaucoup plus de facilité qu'auparavant.

L'agraphie très marquée au point que le malade peut à peine griconner, s'améliore de telle sorte qu'après la 10^e séance de rayons X, il peut m'écrire une lettre de remerciements très satisfaisante.

8. Les « troubles sensitifs », paresthésies, frissons, fourmillements, sensations de gonflement, qui siégeaient du côté gauche ont disparu.

Le malade rentre chez lui. Ce résultat étonne son entourage. Il se maintient pendant 1 1/2 mois.

Il rentre à la clinique le 12 août 1925, les symptômes ayant reparus. Une seconde série d'applications de rayons X recommence immédiatement et comporte 7 applications, la dernière étant le 20 août (16,000 R.

Résultat : amélioration passagère, surtout au point de vue psychique : l'amélioration dure 2 mois.

Il rentre à la clinique avec aggravation des symptômes et notamment des symptômes bulbaires. Une troisième série de radiothérapie profonde comprenant 8 séances commence 2 1/2 mois après la seconde. Elle ne paraît pas influencer l'évolution de la maladie. Le malade succombe rapidement à une broncho-pneumonie au cours de son traitement.

3° NÉCROPSIE

Tumeur gliomateuse, occupant tout le lobe temporal droit, infiltrant particulièrement la circonvolution de l'hippocampe et les circonvolutions fusiformes et temporale inférieure avec refoulement du pédoncule cérébral voisin.

Sur coupes vertico-transversales, il apparaît que le gliome, né au niveau du pôle temporal antérieur droit, a envahi tout le lobe temporal dans sa hauteur, sa largeur et sa longueur, puis a fait irruption dans la corne sphénoïdale du ventricule latéral du même côté et a rempli la corne occipitale du ventricule à peu près jusqu'à

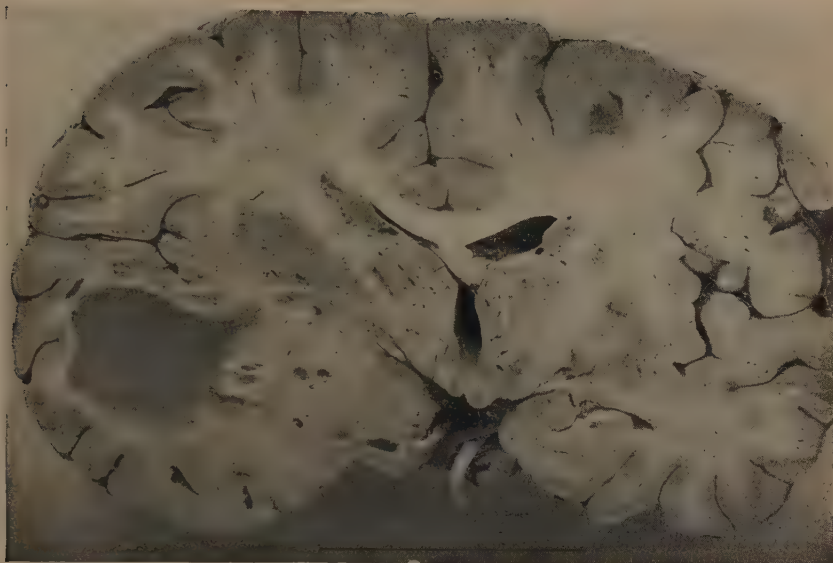


FIG. 3. — Cas N° 2. — Des...

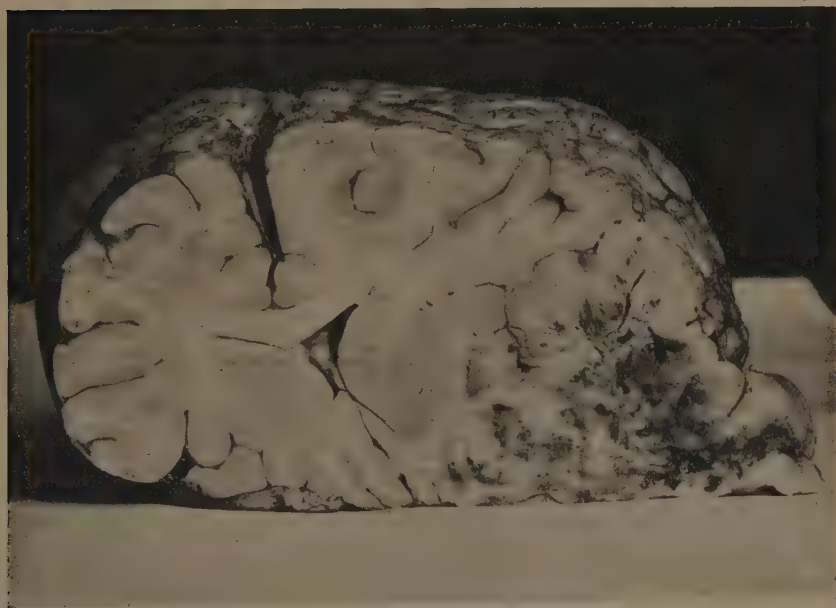


FIG. 4. — Cas N° 3. — Der.

l'extrémité. Dans sa partie temporale antérieure, c'est-à-dire celle qui paraît la plus ancienne, le néoplasme a subi un ramollissement kystique du volume d'une grosse noix (fig. 3, cas n° 2. Des.).

L'étude histologique de ce cas sera faite ultérieurement.

4° COMMENTAIRE

La radiothérapie profonde a donné lors de la première série d'application des résultats considérables, portant sur tous les symptômes et en particulier sur :

1° La stase papillaire qui a disparu complètement et n'a plus reparu.

2° Les troubles psychiques.

3° Les accidents épileptiformes, absences et crises.

Pendant les trois mois précédant la première série d'applications de X, on a relevé 49 crises pendant le mois qui a suivi cette série. On a relevé une seule crise et jusqu'à la mort du patient (neuf mois après) aucune crise ne s'est produite.

CAS N° 4, Der...

1° SYMPTOMATOLOGIE

Femme de 43 ans, sans antécédents personnels. Cette malade a présenté les symptômes classiques d'une tumeur du lobe temporal gauche, à savoir : un syndrome d'hypertension auxquels se sont joints les symptômes suivants : troubles du langage parlé et écrit et notamment aphasia sensorielle et paraphasia ; troubles oculaires (hémianopsie en quadrant droite) ; troubles moteurs d'irritation corticale et troubles parétiques, ataxie temporale pseudo-cérébelleuse.

2° TRAITEMENT

a) « Traitement chirurgical : a consisté en une trépanation décompressive ; par volet temporo-pariétal, le 2 août 1924 Dr Joly).

RÉSULTAT : Légère amélioration du syndrome d'hypertension.

b) TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE : exécuté par le Dr Gobeaux dans les conditions suivantes :

Crédence n° 3. Gaiffe-Gallot-Pilon. Cuve à huile. 40 cm. d'étingelle. Filtré 0,3 mm. cuivre, 0,2 mm. aluminium à la 1^{re} série.

Dans la suite : 0,5 mm. cuivre, 0,2 mm. aluminium.

Les portes d'entrée ont toujours été au nombre de 4 : frontale, occipitale, temporo-pariétale droite et gauche. Distance anticathode-peau : 40 cm.

1^{re} SÉRIE : du 1^{er} mai au 26 mai 1924, 3000 R. par porte d'entrée en 3 fois.

2^e SÉRIE : du 19 août au 19 septembre 1924, 2250 R. par porte d'entrée en 3 fois.

Les 13 et 20 octobre 1924, 2 irradiations de 375 R. sur la région frontale et latérale droite.

3^e SÉRIE du 6 janvier 1925 au 31 mars 1925, 1500 R. par porte d'entrée.

Récidive brusque mi-juin 1925 avec aggravation rapide et progressive.

Dernière tentative :

14 juin 1925, 1000 R. sur la région frontale ;

20 juin 1925, 800 R. sur la région latérale gauche ;

30 juin 1925, 500 R. sur la région latérale gauche.

RÉSULTATS

. Diminution de la stase papillaire signalée en juillet, disparition définitive (octobre 1924).

2. Extension du champ visuel (voir schéma).

3. Grande amélioration des symptômes psychiques.

4. Disparition des gros troubles de la parole.

5. Atténuation de tous les symptômes tels que la malade reprend une existence à peu près normale.

Le syndrome d'hypertension (crises, céphalée, vomissements) reparaît 3 mois après.

Nouvelle série de radiothérapie avec résultats identiques mais moins accentués.

3 mois après la maladie reprend son évolution progressive et la malade meurt.

3° NÉCROPSIE

Volumineuse tumeur de consistance mollasse (méduse) occupant le lobe temporal gauche et notamment T1 T2 T3. La tumeur occupe toute la longueur, la largeur et la hauteur du lobe temporal complètement détruit.

Les circonvolutions du lobe pariétal inférieur apparaissent hypertrophiées et doublées de volume.

Sur les coupes vertico-transversales la lésion s'étend en hauteur jusqu'à la 3^e frontale, en profondeur jusqu'aux noyaux gris centraux. Tout le centre ovale, la région de la capsule externe et de l'Insula sont envahis.

La tumeur mesure plus de 11 cm. dans le sens antéro-postérieur, 7 cm. de large dans le sens transversal et 5 cm. dans la hauteur.

Comme dans le cas n° 1, l'hémisphère gauche est considérablement hypertrophié par la présence du néoplasme. Dans le sens transversal et à partir du septum lucidum, il mesure 8 cm. à gauche et 5 cm. à droite, le néoplasme figurant pour 4 cm. dans cette dimension (fig. 4, cas n° 3).

CAS N°° IV, V, VI, VII et VIII.

Les 5 autres cas non vérifiés ont été soumis à la radiothérapie profonde après décompression.

IV et V, 2 cas de tumeur probable des lobes temporo-pariétaux : Amélioration importante (traitement en cours).

VI. Syndrome de lésion cérébello-pontine, peut-être du à une tumeur de l'angle. Amélioration importante de la céphalée, des vertiges, des symptômes focaux : parésie faciale, parésie de l'oculomoteur externe, bruits subjectifs de l'oreille.

VII. Syndrome chiasmatique (gliome du chiasma optique).

Résultat net : arrêt de l'atrophie optique en rapide évolution et conservation de la vision d'un œil, l'autre étant perdu au début de l'application.

VIII. Acromégalie. Action certaine portant sur céphalée, déformation plastique, troubles sensitifs.

RESUME

Nos observations portent sur huit cas de tumeurs cérébrales étudiés au Centre Neurologique de Bruxelles et traités par la radio-chirurgie.

De ces observations on peut conclure :

1. La radiothérapie profonde a nettement amélioré les symptômes dus à de volumineux gliomes cérébraux et indé-

pendamment de la thérapeutique chirurgicale appliquée antérieurement. Les symptômes tumoraux ont été influencés dans l'ordre où ils sont énumérés ci-dessous :

2. L'action sur la papille de stase paraît la plus rapide, se produit quelques jours après les premières applications, et a été définitive dans les trois premiers cas, c'est-à-dire que la stase n'a plus reparu malgré l'évolution progressive de la lésion.

3. La céphalée a disparu rapidement.

4. Les troubles psychiques et les accidents épileptiques subissent une regression rapide et importante. Dans certains cas les crises convulsives ont été définitivement supprimées.

5. Les troubles visuels sont améliorés et le champ visuel peut augmenter en étendue.

6. Tous les autres symptômes ont été atténués à des degrés variables.

7. Durée : les résultats de la radiothérapie profonde ont été surtout importants lors de la première série d'applications. Ils ont amené une guérison cliniquement presque complète d'une durée de deux à trois mois. La rapidité et l'ampleur des résultats obtenus ne peuvent s'expliquer par des arrêts spontanés dans l'évolution des gliomes cérébraux.

8. Dans les trois cas de gliomes vérifiés, les rayons X n'ont pu enrayer l'évolution fatale, et les malades ont succombé.

9. La radiothérapie profonde a été appliquée dans ces trois cas à une date éloignée du début (deux ans en moyenne). D'après l'état des malades au moment de l'application et, d'après la vérification nécropsique ultérieure, on peut conjecturer que le néoplasme avait déjà un développement considérable lorsque les rayons X ont été employés.

10. La décompression préalable permet la tolérance d'emblée de fortes doses de rayons X, et exclut l'emploi de petites doses qui peuvent avoir, ou une action de stimulation sur les néoplasmes, ou une action vaccinnante qui les rend radio-résistants.

11. La décompression préalable supprime les accidents secondaires de la radiothérapie.

Notre expérience à ce jour nous porte à penser que la radiothérapie profonde est un élément puissant de la thérapeutique des tumeurs cérébrales. On peut espérer que son action sera d'autant plus efficace qu'elle s'attaquera plus précocement à la tumeur.

Le diagnostic plus précoce des tumeurs cérébrales doit être plus que jamais l'objectif des cliniciens.



Chirurgia cerebrale

D^r SCHIASSI, Bologna

Convieni coi relatori che uno dei problemi più importanti è quello della emostasi che va partitamente considerata nei riguardi dei tegumenti e nei riguardi dell'osso : reputa lunga e brigosa la pratica del pinzettamento e della legatura di ciascun vaso. L'O. crede sia da prescegliere la sutura circonferenziale tutto all'intorno alla regione dove cadrà la craniectomia, ma cotesta sutura non deve essere a filo continuo bensì una sutura intercisa, la quale verrà lasciata in posto par 24 ore dopo l'operazione e verrà sorvegliata durante questo tempo per rimuovere quei punti che apparissero troppo costrittivi.

Quanto al provvedere alla perdita di sangue dai vasi diploici all'O. è sembrato sempre insufficiente l'uso della cera, dei mezzi coagulanti come il coagulene, i frammenti di muscolo, lo siero con gelatina... Lo Schiassi ritiene che debba provvedersi piuttosto con sollecitudine alla diminuzione della tensione intracranica con ripetute benchè prudenti rachicentesi praticate nelle ore precedenti all'operazione e con lo svuotamento del ventricolo laterale subito dopo scolpito rapidamente e rovesciato il lembo osseo.

« *Scolpire rapidamente il lembo osseo* » : ma con quale mezzo ? Lo Schiassi non condivide le simpatie espresse dal

relatore di Lucerna (Brun), per l'uso della pinza di Krause, nè lo Schiassi sente l'entusiasmo che l'altro relatore De Martel ha manifestato per il craniotomo di sua invenzione.

Lo Schiassi afferma che lo strumento più meritevole di preferenza al giorno d'oggi è quello ideato da A. Codivilla e ne espone le ragioni :

1° E' uno strumento di una semplicità elementare che può essere adoperato anche da giovani chirurghi che non siano di già esperti nella tecnica operatoria ; abbisogna solo di un po' di destrezza nella sua fissazione sul cranio.

2° Può essere adoperato dovunque anche dove non siano impianti elettrici, così in ospedale come in pratica chirurgica di provincia.

3° E' uno strumento niente affatto traumatizzante che offre garanzie assolute contro eventuali possibilità di lesioni durali o cerebrali.

4° Può servire a creare lembi ossei-cutanei di qualsiasi ampiezza dal diametro di pochi centimetri, fino all'emicraniectomia.

5° Ha un prezzo mitissimo e non abbisogna di alcuna manutenzione.

6° Possiede una efficienza di rapidità uguale se non maggiore di qualsiasi altro strumento elettrico e non elettrico.

Lo Schiassi a dimostrazione dei pregi dell'apparecchio « Codivilla » procede poi davanti all'assemblea ad una craniectomia di 11 centimetri di diametro su di un cranio di un cadavere e durante la dimostrazione espone le ragioni dei dettagli della tecnica, raggiungendo la prova dell'eccellenza dello strumento « *italiano* ». (1)

(1) VEDI : Il craniotomo « Codivilla » Dr. Mucci - Poligrafici di Bolognà 1926.

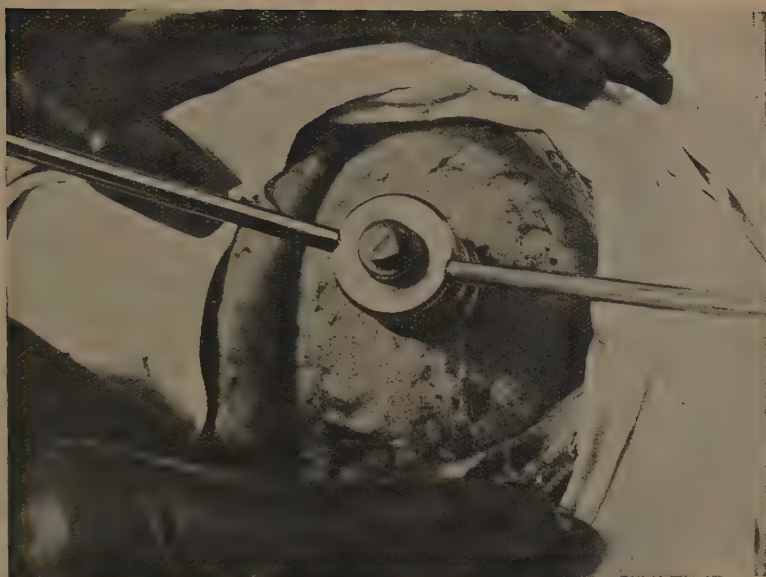


Fig. 1. — Petit trépan (premier temps opératoire).

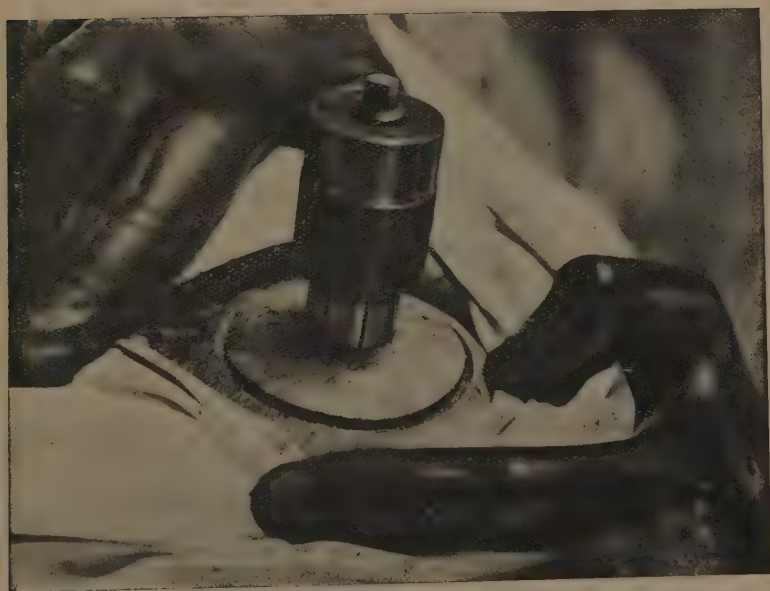


Fig. 2. — Axe fileté (deuxième temps opératoire).
Démarcation de la rondelle osseuse par un tour de trépan.

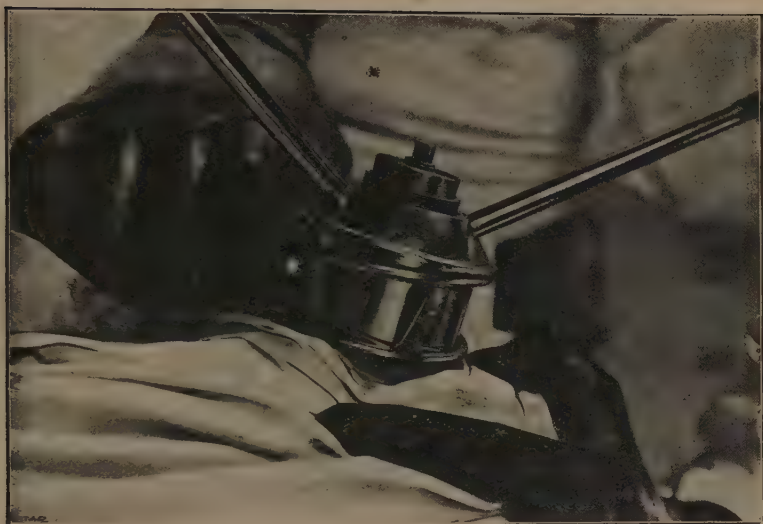


Fig. 3. — Trépan en action. Pièce cylindrique, barettes, couronne, ressort.
(Troisième et dernier temps opératoire),

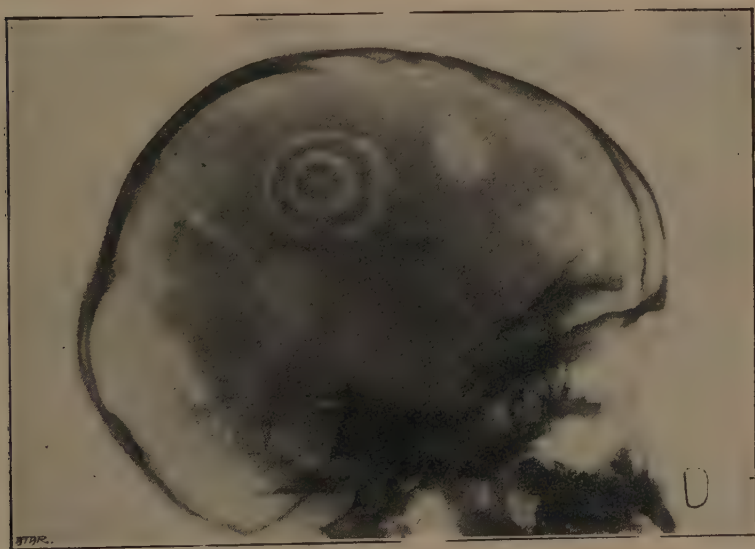


Fig. 5. — Enfant de 10 ans. Trépanation pour hémorragie de la méningée moyenne
et pour fracture du crâne. Guérison.

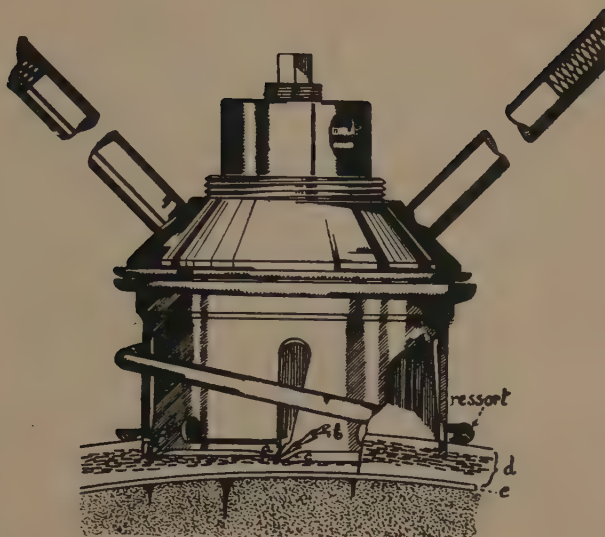


Fig. 4.

- a. Protecteur fléchi par la pression osseuse.
 e. Rabot en fonction.
 b. Copeau osseux.
 d. Os.
 c. Dure mère.

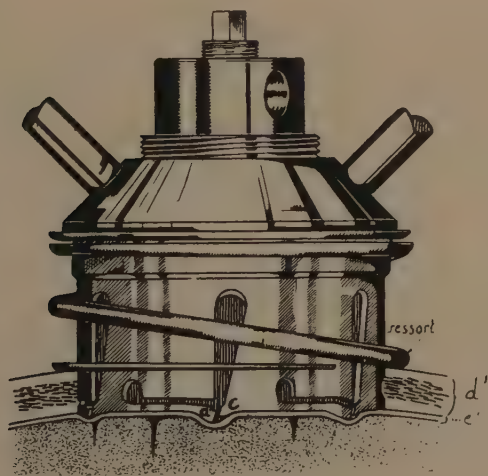


Fig. 4'.

- a'. Protecteur ne subissant plus la pression osseuse, reprend sa place naturelle, refoule la dure mère et annule tout fonctionnement du rabot (c').
 d'. Os.
 e'. Dure mère.



Fig. 6. — Femme âgée de 29 ans. Tumeur cérébrale dans une zone muette en octobre 1923. Double trépanation à gauche, mesurant 12 cm. de longueur sur 6 cm. de largeur. Six jours après la trépanation, suppression de la diplopie, des céphalées et grande amélioration de l'acuité visuelle. En parfaite santé depuis 33 mois.



Fig. 7. — Femme âgée de 46 ans. Tumeur de l'hypophyse, la rendant presque aveugle. Trépanation bilatérale. Suppression des céphalées et amélioration de l'acuité visuelle. Six mois après, hypophysectomie. Actuellement acuité visuelle normale et champs visuels pratiquement normaux. Régression des phénomènes acromégaliqes (la pointure des pieds passe de 41,5 à 37,5 cm.). Réapparition des périodes supprimées depuis 8 ans. Guérison depuis 3 ans.

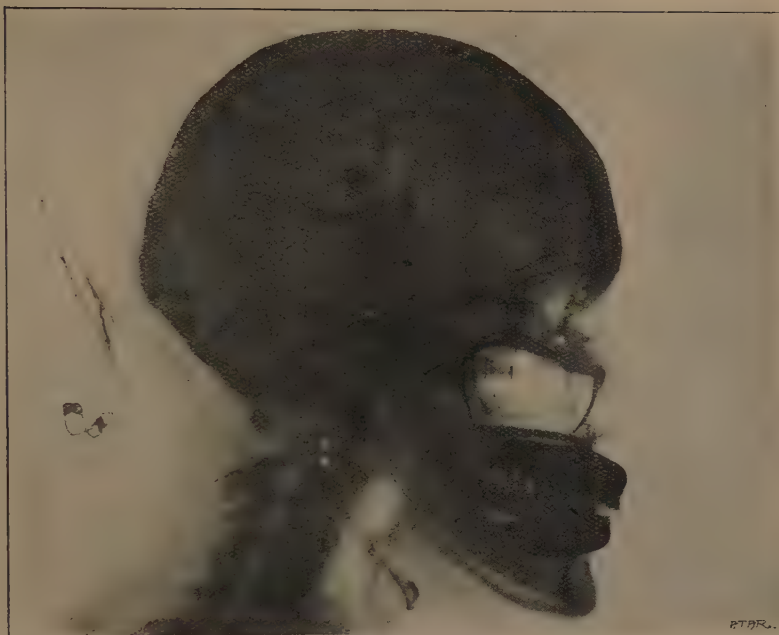


Fig. 8. — Nouvelle radiographie du cas 9 dix-huit mois après l'opération. Elle illustre la reconstruction osseuse autour des autogreffes.



Fig. 9. — Jeune homme, 19 ans.

Thrombose du sinus latéral, abcès du cervelet, trépanation, guérison.

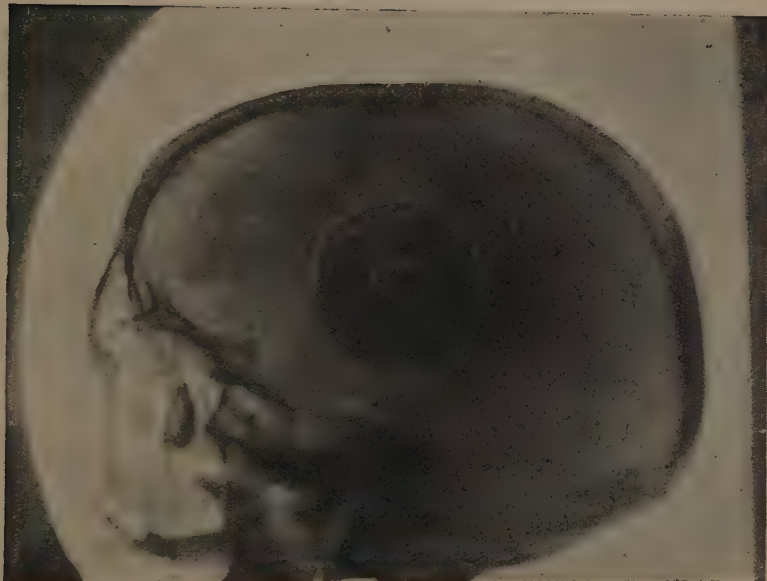


Fig. 10. — Trépanation faite en 3 minutes pour résection rétrogastrienne. Guérison.

Traitement des tumeurs cérébrales

Dr. A. JENTZER (Genève)

Le Dr. Jentzer présente sa trousse de trépanation et fait une démonstration de son appareil sur un cadavre, grâce à l'obligeance du Prof. Schiassi, de Bologne.

Ce trépan, H. Courvoisier, constructeur, Acacias-Genève, stérilisable, utilisé avec succès depuis plusieurs années, fonctionne *sans moteur, sans flexible, sans scie, et permet de trépaner dans le minimum de temps avec le maximum de sécurité*. Il est caractérisé par sa simplicité de construction et sa simplicité de maniement.

Cete trousse est composée :

1° D'un petit trépan (fig. 1) fixé à la boîte crânienne au moyen d'un axe, dont l'extrémité fileté est vissée dans un trou, préalablement fait par un perforateur. Le mode d'action de ce petit trépan étant le même que pour le grand trépan, nous renvoyons le lecteur à la description du grand trépan.

2° D'un axe fileté (fig. 2) dont l'extrémité inférieure est moletée et fendue radialement. Cet axe est traversé de part en part, par une tige que l'on peut visser dans l'axe, ce qui a pour effet d'obliger son extrémité conique à écarter les parties fendues de l'extrémité et de coincer ainsi la partie inférieure de l'axe fileté introduit préalablement dans l'orifice perforé par le petit trépan.

3° D'une pièce cylindrique (fig. 3) filetée intérieurement et extérieurement. Cette pièce est mise en rotation par deux barrettes et elle s'adapte par le filet intérieur sur le pas de vis de l'axe fileté.

4° D'une couronne interchangeable (fig. 3) vissée sur le filet extérieur de la pièce cylindrique et dont la partie inférieure est taillée en lame coupante, (formant rabot), et en protecteur. Les figures 4 et 5 montrent le trépan en action et à l'état de repos. A la partie extérieure de la couronne, est placé un ressort qui rend l'appareil automatique.

Cette trousse, dont le prix est abordable pour tout chirurgien, ne pèse, avec ses pièces de rechange, pas même 3 kilos.

Son fonctionnement, qui ne demande ni moteur électrique, ni moteur à main, *est silencieux et ne provoque aucune vibration.*

Ce trépan a été utilisé pour les opérations suivantes : hémorragie de la méningée moyenne (fig. 5), rétro-gassérienne (fig. 10), fracture du crâne (relever par l'orifice du petit trépan les fragments osseux fracturés plongeant dans la substance cérébrale (fig. 5), dans les cas de fracture, placer le petit trépan à 1 cm. au moins en dehors du trait de fracture, sans quoi l'axe fileté, écartant les fragments osseux fracturés, ne restera pas fixe, tumeur localisée par les neurologistes (fig. 7 et 8), tumeur non localisée qui nécessite une forte décompression (fig. 6), tumeur du cervelet ou abcès du cervelet (fig. 9), il est préférable, pour celui qui ne connaît pas l'instrument dans tous ses détails, d'utiliser dans les affections du cervelet, la petite couronne, thrombose du sinus (fig. 9), post-mastôidiennes, etc.

Tous les essais de ce trépan, qui ont duré plus de 3 ans, ont été faits à l'Institut Pathologique de Genève (Prof. Askanazy). Ils ont, avec le modèle ci-joint, fait une statistique de plus de 200 trépanations, sans jamais avoir lésé la dure-mère. Deux critiques ont été adressées à ce trépan.

1° La trépanation de 6 cm. de large n'est pas assez grande pour certains malades. Dans ce cas, on peut appliquer la couronne de 6 cm. deux fois l'une à côté de l'autre ; on obtient ainsi une trépanation mesurant 12 cm. de largeur (fig. 6) telle que de Martel la préconise.

2° On a pensé que le lambeau ostéo-périostique était supérieur à la rondelle osseuse, isolée de ce trépan, imaginant que la rondelle osseuse devait suppurer ou s'éliminer. L'expérience seule réfute cette objection, car, jusqu'à aujourd'hui, personne n'a observé de cas d'élimination ou de suppuration de la rondelle osseuse. Cette rondelle réappliquée, se comporte au microscope comme une autogreffe qui bientôt fait corps avec la boîte crânienne (fig. 8).

D'ailleurs, le lambeau ostéo-périostique pédiculé qui, à la

fin de l'opération, ne tient généralement plus que par quelques filets périostiques, doit avoir le même sort que la rondelle osseuse de ce trépan.



Traitement chirurgical des gliomes cérébraux

D^r DESGOUTTES, de Lyon.

Cette communication est le résultat de notre collaboration
avec le Docteur BERIEL, de Lyon,
Chef du Service de Neurologie des Hôpitaux.

Nous apportons ici les conclusions qui découlent de notre expérience personnelle. Ces conclusions sont loin de celles que l'on déduit souvent de faits théoriques ou de l'examen de cas exceptionnels ; elles sont basées sur une suite de cas étudiés médicalement et chirurgicalement avant, pendant et après l'opération, et elles aboutissent à une ligne de conduite pratique qui nous paraît la meilleure en l'état actuel. Nous utilisons particulièrement 43 observations (27 hommes et 16 femmes) recueillies dans ces quatre dernières années, parce que tous ces cas ont pu être observés soit jusqu'à la mort, soit pendant des délais allant de 4 ans à 1 an au minimum après l'opération. Certains ont été opérés plusieurs fois. Nous laissons naturellement de côté, non seulement les cas insuffisamment suivis, mais les observations de malades non opérés, ou celles de méningite séreuse, de gommes, de tubercules, d'épilepsie jacksonnienne non néoplasique, d'abcès, etc., qui n'ont servi que de points de comparaison.

Ces conclusions peuvent se résumer ainsi :

1° Sauf dans quelques circonstances exceptionnelles, le gliome doit toujours être traité chirurgicalement ; la radiothérapie, en l'état actuel de la science, peut exercer une influence favorable, mais uniquement comme complément de l'intervention.

2° Il ne doit pas être l'objet de tentative d'extirpation.

3° L'opération doit se limiter à une large craniectomie (en principe sans ouverture de la dure-mère), exécutée au niveau du siège présumé de la tumeur.

Ces conclusions diffèrent de celles souvent admises ; probablement parce que les divers auteurs ne comprennent pas de la même façon la délimitation du « Gliome », ou qu'ils considèrent l'acte opératoire indépendamment des suites médicales. Nous considérons que le gliome est une maladie particulière, différente des autres tumeurs intracrâniennes, caractérisée *anatomiquement* par un *processus diffus* sans la moindre ligne de démarcation ; — *physiologiquement* par une *hypertension intracrânienne* progressive ; — *cliniquement* par des symptômes généraux d'hypertension, les signes spéciaux étant tardifs, secondaires ou accessoires et se montrant toujours avec une certaine diffusion ; *c'est presque une maladie générale du cerveau*. La mort survient plus par l'hypertension progressive que par aucun autre phénomène.

De pareils néoplasmes ne peuvent être extraits, à cause de l'état morbide diffus de la substance nerveuse ; mais ils ont une marche extrêmement lente, et si l'on peut modifier l'état de la boîte crânienne de telle sorte que, malgré la continuation de l'accroissement, l'hypertension progressive soit évitée, on obtient des survies de plusieurs années dans des conditions extrêmement intéressantes. Alors que les tentatives d'ablation aboutissent généralement à des résultats désastreux dans le gliome tel que nous l'envisageons, la conduite à laquelle nous nous arrêtons systématiquement nécessite une intervention de gravité relativement insignifiante, et donne d'excellents résultats pratiques. La trépanation ainsi faite n'est pas la trépanation « décompressive » ordinaire : dans le gliome, le refoulement constant de la masse cérébrale contre la paroi ne permet pas à la craniectomie d'exercer une action décompressive proprement dite ; mais si elle est pratiquée au niveau du siège de la tumeur, cette dernière exerce sa poussée au travers de la brèche osseuse (qui doit être la plus large possible) dans ces conditions et dans ces conditions seulement, on a une sédation rapide de tous les troubles, y

compris l'oedème papillaire lorsqu'il existe, et ce bénéfice peut se maintenir complètement pendant plusieurs années. Dans les cas où l'on a une survie prolongée, on voit généralement le néoplasme saillir peu à peu sous les divers plans des tissus mous. Il s'agit en quelque sorte d'une trépanation « libératrice ».

Les irradiations faites après trépanation nous ont paru dans quelques cas exercer une action adjuvante utile, et retarder probablement l'évolution du néoplasme, elles sont, ou inefficaces ou dangereuses si elles sont pratiquées avant que la crâniectomie ait créé une sorte de soupape.



Tumores cerebrales

M. R. SAN RICART (Barcelone)

Al hablar de tumores cerebrales, hay que pensar tambien en los hidatídicos, pues como se sabe, salen cuando uno menos lo piensa. Al efecto recuerde un caso operado por el Dr. S. Cardenal en su servicio de Cirugia del Hospital del Sagrado Corajon de Barcelona que presentaba ataques de epilepsie al parecer de origen francamente traumático, que se hicieron frequentisimos a partir del año siguiente al traumatismo, pero en el que la causa material o somática del proceso, puesta de manifiesto y desenbierta en el acto operatorio, resulto ser la existencia de un enorme quiste hidatidico intracerebral, en plena actividad, y que a pesar de ocupar mas de la tercera parte del hemisferio cerebral izquierdo, producian solo sintomas Jacksonianos muy ligeros y ninguna alteracion de orden psiquico ni intelectual.

TROISIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Vendredi 9 avril, à 8 heures

Présidence du Prof. GIORDANO (Venise)

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'épilepsie Jacksonnienne

M. LERICHE (Strasbourg) développe les conclusions de son rapport (vol. I, p. 1).

★
★ ★

M. ZAWADSKI (Varsovie) prend la direction des débats.

Sulla cura dell'epilessia Jacksoniana

R. ALESSANDRI (Roma)

La cura dell'epilessia jacksonian è stata ed è ancora oggi campo di discussioni soprattutto per i problemi insoluti della sua essenza e della sua patogenesi.

Vi è certamente una parte che dipende da lesioni circolatorie che la ricollega all'epilessia comune e alla riflessa, e concordo in ciò pienamente colle idee e coll'interpretazione di Leriche. Ma il fatto della lesione localizzata che si rivela specialmente coll' aura e colla limitazione iniziale dell'accesso che solo poi e non sempre si generalizza, ha secondo me capitale importanza.

Poichè pur volendo dare grande valore ai disturbi circola-

tori è evidente che la causa determinante è la lesione locale, che deve agire come eccitante o irritante dei centri vicini, direttamente o indirettamente.

Questa azione si esercita, come si osserva specialmente nelle forme post-traumatiche, colla produzione di cicatrice.

Che la sindrome epilettica sia legata a questa è evidente, poichè gli accessi non si hanno nelle ferite o nei traumi in primo tempo, ma solo quando la cicatrice è costituita.

Nelle epilessie jacksoniane che si osservano per lesioni primitive cerebrali, tumori, gomme, tubercoli, cisti ecc., esse sono dovute alla presenza di queste formazioni morbose, ma anche in questi casi all'operazione vediamo generalmente cessare la sindrome dopo l'asportazione, per riprendere quando si costituisce la cicatrice.

La produzione di tessuto cicatriziale nello spessore della corteccia cerebrale dopo l'asporazione di tumori e simili, o dopo traumi è inevitabile, ma si può ridurre al minimo colmando la perdita di sostanza con muscolo o grasso, che hanno anche notevole azione emostatica. Ma la importanza certamente capitale la ricostituzione dei piani anatomici cranici. Quando o nell'asportazione di tumori o simili o nell'escissione di cicatrici e aderenze nelle forme post-traumatiche e post-operatorie, si riesce a ristabilire nel modo più normale possibile i piani anatomici, i risultati sono in genere buoni e definitivi; altrimenti è quasi inevitabile che la sindrome si ripeta.

Dai numerosi casi da me operati e pubblicati questo fatto risulta chiaramente. Rimando al lavoro riassuntivo di Giorgi e ad un articolo da me pubblicato nel volume giubilare di E. Forgue.

Mi limiterò qui a riferire brevemente un caso, che mi sembra tipico.

Un uomo adulto fu da me operato in status epilepticus per una gomma della regione parietale sinistra; asportato il nodulo si dovette tamponare per frenare l'emorragia. Cessazione degli attacchi convulsivi per circa un mese: col cicatrizzare della ferita operatoria ripresa delle convulsioni, sempre più frequenti, sino ad obligare ad un secondo intervento, coll'escissione della cicatrice; nuova cessazione dei sintomi

per poco più di due mesi ; colla cicatrizzazione ripresa degli attacchi. Terzo intervento con plastica durale per mezzo di un lembo di fascia lata e ricostituzione del piano osseo col lembo rovescisto a brattee alla Durante-Righetti ; lo stato cicatriziale della cute che fu rimessa sopra il lembo osseo determinò la necrosi parziale di essa e del piano osseo ; sicchè gli accessi convulsivi cessati ancora subito dopo l'intervento ripresero di nuovo colla formazione ella cicatrice aderente profondamente.

Quarto intervento : essendo rimasta integra la plastica durale, ricostituzione del piano osseo con nuovo lembo e brattee per rovesciamento, sul quale però venne portato uno spesso lembo di tegumenti sani preso dalla regione vicina e fatto girare sul peduncolo inferiore lasciando scoperto l'osso sano sottostante, che venne poi ricoperto con innesti cutanei. Questa volta la cessazione degli attacchi epilettici che si ebbe come negli altri interventi subito dopo l'operazione, fu permanente. L'operazione ultima rimonta all'Agosto 1912 ; l'individuo è tuttora vivente, ha una emiparesi spastica permanente del lato destro, ma gli attacchi convulsivi non si sono più ripetuti.

Questa successione mi sembra assai dimostrativa, e ritengo perciò si debba ritenere che queste condizioni anatomiche costituiscano la causa più importante della indrome jacksoniana, e che la loro rimozione possa portare la guarigione definitiva, e debba quindi costituire lo scopo principale degli interventi operatori.



Epilessia Jacksoniana

ANZILOTTI (Livorno)

La causa dei risultati non tanto buoni, come si vorrebbero, dalle operazioni per epilessia jacksoniana traumatica secondo me dipende dal fatto che ancora non conosciamo l'intima essenza della stessa malattia e più specialmente il perchè dello attacco epilettico, poichè per essere una operazione

radicale occorre sia adatta a dirimere in modo permanente la causa della malattia. Talora sono lesioni del cranio come esostosi, iperostosi che danno fatti di compressione e tolte tali lesioni si ha la possibilità di avere la guarigione radicale : di tali casi tutti abbiamo avuti esempi ed in tali condizioni si comprende come la causa della lesione nervosa non sia altro che il fatto compressivo e tolto questo cessi la causa irritante per le meningi e quindi per il cervello. Ma in altri casi le lesioni sono di altra natura, come postumi di ferite da arma da fuoco con persistenza di corpi estranei, scheggie, ecc. In altri si hanno lesioni delle meningi che producono secondariamente alterazioni della sostanza nervosa con tutti gli effetti che si osservano. Quando si trova come reperto di operazione la presenza di cisti date da membrane che si sviluppano per fatti irritativi della meninge si comprende come la causa dello eccitamento della sostanza nervosa debba stare in tale processo anatomico-patologico o per lo meno per molta parte in tale lesione. Ma altre volte poco o nulla di macroscopico, noi troviamo come reperto operatorio ed allora si cerca interpretare il processo mediante lesioni sia pure minime della corteccia, come emorragie interstiziali, gliomatosi, ecc. Rimane però ancora da spiegare la ragione intima della costituzione di tali noduli gliomatosi o anche di tali cicatrici gliomatose diffuse in tratti più o meno estesi della corteccia e la loro importanza patogenetica nella epilessia jacksoniana. Il reperto più comune è quello di una aderenza della sostanza nervosa colle meningi e di queste col cranio o colla cicatrice craniotomica : in tale caso sarà la presenza di un blocco connettivale che fissa ed ingloba parte della corteccia, o saranno le alterazioni circolatorie del liquido cefalo-rachidiano per la presenza della cicatrice che non può non influire sulla fisiologia della regione le cause della epilessia ? Si abbia una ipertensione o una ipotensione del liquido cefalo-rachidiano sia vera la prima o la seconda causa di attacchi, come vuole Leriche, tutto dipende certo dalla fibromatosi della corteccia e dalle sue aderenze alle meningi ed alla cicatrice craniotomica : o per la cicatrice o per le alterazioni idrauliche del liquido cefalo-rachidiano si ha la lesione nervosa che è la base della epilessia jacksoniana.

Ammessa come base etiologica e patogenetica tale idea che se non va a scrutare gli intimi arcani per la meno è basata sulle alterazioni anatomico-patologiche, la cura mi pare che logicamente debba cercare di togliere la cicatrice locale che altera e corteccia e meningi con le conseguenze anatomico-patologiche e fisiopatologiche. Perciò credo che non siano inutili le plastiche ossee e durali poichè hanno per scopo di riporre le cose locali nel modo più fisiologico possibile e basta vedere come dopo una allargamento della breccia ossea si ha un maggiore sollevamento del cervello che si espande e pulsa normalmente e come tale libertà aumenti se si resecano le parti più spesse delle meningi in modo da togliere quello che costringe il cervello. La ricostruzione per essere fisiologica deve essere anatomica e mi pare che a questo provveda più di tutto il metodo osteoplastico Durante-Righetti, il quale col pericranio ricostruisce la ricopertura della meningi e colle lamine ossee debitamente mantenute nei giusti limiti di osteogenesi dal pericranio restaura una calotta ossea non comprimente atta allo scopo e di facile adattamento alla normale funzione. Se rimane uno stato di gliosi del cervello non si potrà sopprimere colla resezione del tratto della corteccia che non fa altro che produrre una cicatrice ancor più estesa che non potrà che modificare la idraulica del liquido cefalo-rachidiano, ma certo la plastica nel suo riadattamento fisiologico non può essere inutile e deve dare più facilmente la possibilità a che il liquido cefalo-rachidiano, secondo la ipotesi di Leriche, trovi una circolazione che si avvicini alla normale. Mi pare che il processo intimo possa essere paragonato al glaucoma : si ha lo stesso intoppo alla circolazione ed il chirurgo deve facilitare tale circolazione prima di tutto mettendo le condizioni locali nel modo più fisiologico possibile : solo così facendo potrà dopo cercare con altri mezzi di modificare la tensione del liquido cefalo-rachidiano. Forse si potrà tentare in seguito di fare qualche cosa che ricordi, seguendo la similitudine del glaucoma la iridectomia cioè cercare di rendere più libera la circolazione del liquido ma certo il primo passo è quello di potere porre le condizioni locali il più vicino alla norma. Io credo che i risultati migliori si abbiano quando si ottemperi a tali idee ed a me è così accaduto e

nei casi in cui si sono viste delle recidive spesso si trovano delle condizioni predisponenti individuali o la tecnica ha lasciato qualche cosa di non curato. La liberazione del cervello deve essere ampia, l'allontanamento delle aderenze deve essere completo, la ricostruzione dei piani deve essere accurata. Così facendo ci si pone nelle migliori condizioni possibili per lo scambio del liquido cefalorachidiano e credo che si potrà col miglioramento della tecnica avere dei buoni risultati, fino a che non si possa trovare alcun che di differente nella etiologia della epilessia che rivoluzioni del tutto le idee attuali comprese forse le modificazioni di circolo del liquido cefalorachidiano. Se non si toglie la cicatrice nevroglica noi mettiamo la parte in condizione avere una circolazione migliore e chi sa che questo basti permanentemente quando lo scambio liquido sia reso facile e non si abbiano difficoltà alla circolazione, anche senza togliere tutto il blocco gliomatoso della cicatrice che dovrebbe dare lo stimolo per le alterazioni del liquido cefalorachidiano, a meno che tutto non dipenda la sola alterazione del liquido che in tal caso solo dalla modificata circolazione di esso si dovrebbero avere i risultati buoni. Ma certo mi pare che la restaurazione anatomica e fisiologica sia e debba essere la base di ogni nostra terapia.

★
★★

**Ueber die Dauerresultate der operativen Behandlung
bei der sogenannten Uebergangsform zur Jackson'schen Epilepsie**

Prof. Dr. H. MIYAKE

Nicht selten ist die Grenze der klinischen Diagnose zwischen der genuinen und Jackson'schen resp. Rindenepilepsie so diffus, dass man die beiden Affektionen kaum unterscheiden kann. Der Zweckmaessigkeit wegen moechte ich die beiden klinisch folgendermassen differenzieren.

Diejenige Epilepsie, welche mit anfallsweise auftretender, voelliger Bewusstlosigkeit einhergeht und bei der keine nachweisbaren anatomischen Veraenderungen im Nerwensystem

nachzuweisen sind, gilt als genuine Form. Der Grad der Kraempfe spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle, indem die Kraempfe manchmal wie beim Petit mal voellig fehlen koennen.

Unter dieser Voraussetzug will ich im Folgenden die Dauerresultate mitteilen, die in meiner Klinik zur Behandlung gekommen sind und von denen ein Teil bereits von Dr. S. Shugito berichtet worden ist.

Es wurden vom Jahre 1904 bis Ende 1924 insgesamt 100 Epilepsiefaelle operiert, u. z. 91 unter der Diagnose von genuiner, 7 von Jackson'scher Epilepsie und 2 von traumatischer Epilepsie. Als Operation der Wahl wurde die Kocher'sche Ventiltrepanation mit oder ohne Narbenexstirpation ausgefuehrt. Unter 91 Faellen genuiner Epilepsie befanden sich 12, welche auf beiden Seiten trepaniert worden waren. Die operative Mortalitaet war gleich Null. Ebenso wenig waren postoperative Laehmungen und dgl. zu finden.

Beueglicb des weiteren Ausganges sind nur 60 Faelle zu verwerten, von den weiteren 40 Faellen steht jede Nachricht aus.

	Geheilt	Gebessert	Ohne Erfolg	Gestorben
56 Faele genuiner Epilepsie	7	9	34	6
3 Faele Jack'son Epilepsie	1	—	1	1
1 Fall traumat. Epilepsie	—	1	—	—

Was die *Dauerresultate* anbetrifft, so finden wir unter den 56 Faellen genuiner Epilepsie 36, bei welchen mehr als 5 Jahre p. op. verflossen sind. Diese 36 Faelle verteilen sich, wie folgt : geheilt 7 (19,44 %), gebessert 8 (22,22 %), ohne Erfolg 18 (50,00 %), gestorben 3 (8,33 %).

Unter den 3 Faellen Jackson'scher Epilepsie sind nur 2 verwertbare Faelle bekannt, von denen der eine voellig geheilt und der andere gebessert ist. Gebessert nenne ich die Faelle, bei welchen statt der grossen Anfaelle nur kurze Absenzen auftreten oder statt taeglicher oder woechentlicher Anfaelle nur noch Anfaelle in 1 oder mehrmonatigen Intervallen auftraten.

Die Heilungsdauer der 7 geheilten Faelle schwankt 18-5 $\frac{1}{2}$ Jahre, naemlich

18 Jahre.....	1	Junge (im 7. Lj. operiert)
13 Jahre.....	1	Mann (im 20. Lj. operiert)
12 Jahre.....	1	Mann (im 40. Lj. operiert)
10 Jahre.....	1	Mann (im 21. Lj. operiert)
6 Jahre u. 3 Monate..	1	Mann (im 21. Lj. operiert)
5 $\frac{1}{2}$ Jahre.....	2	maennl. Personen (Dieser im 21. Lj. und jener im 9. Lj. operiert)

Kocher, gestuetzt von Schaer und Beresowsky's Untersuchungen, stellt fest, dass die geheilten Epileptiker ein Ventil beibehalten hatten, waehrend bei den nicht Geheilten und die Faelle mit Rezidiven die Schlussoeffnung ganz oder zum grossen Teil verschlossen war, entweder knoechern oder durch ein so starres Narbengewebe, dass daraus wie beim Knochenverschluss Unnachgiebigkeit resultierte. Solches Ergebnis stimmt mit unseren Resultat nicht ueberein, indem wir z. B. fanden, dass waehrend sich die Trepanationsoeffnung bei unserem Falle mit laengster Heilungsdauer (18 jaehriger Heilung) voellig knoechern geschlossen hatte, die Ventilbildung bei 4 Ungeheilten gut erhalten war.

EPIKRISE.

Zur Zeit wird es wohl nur noch wenige Autoren geben, die mit Kocher annehmen, dass die ploetzliche Steigerung der intrakraniellen Spannung die Kraempfe ausloest. O. Foerster (*Zentralb. f. Chir.* 1924 Nr. 10 S. 531) drueckt sich darin aus, dass der epileptische Krampfparoxysmus nicht der Ausdruck einer Krankheit sui generis, sondern eine bestimmte Reaktionsform des Nervensystems auf irritative Noxen verschiedener Art sei. Danach waere es falsch die auf verschiedenen irritativen Noxen beruhende reaktive Affektion rein einfach operativ immer in derselben Weise kurieren zu wollen. Betrachtet man die 7 geheilten Faelle genuiner Epilepsie naeher, so finden wir, dass es sich bei ihnen allen um kurze Krankheitsdauer (4, 4 $\frac{1}{2}$, 4, 10, 3, 3 Jahre und 8 Monate), leichte kurzdauernde sich nicht haeufig wiederholende An-

faelle und um (mit Ausnahme eines Falles von 40 Jahren) junges Alter (7, 30, 20, 21, 21, 9 Jahre) handelt. Weiter habe ich spaeter feststellen koennen, dass bei 2 von den 7 Faellen Trauma vorausgegangen war, das wahrscheinlich die Affektion verursacht hatte.

Bei diesen zwei genannten Faellen handelt es sich unzweifelhaft um eine Art Jackson'scher Epilepsie, jedoch mit Bewusstseinsverlust kompliziert. Bei zwei anderen faellen zeigten die weichen Hirnhaeute mehr oder weniger *milchige Truebung* infolge oedematoeser Durchtraenkung des Subarachnoidalraumes und *Dilatation* der pialen Gefaesse. Bei einem weiteren Falle war die *Verdickung* der Dura ziemlich stark ausgepraegt. Bei den zwei uebrigen Faellen konnten wir keinen anatomischen Befund, wenigstens nicht im Bereich der trepanierten Stelle konstatieren.

Resuemieren wir die obigen Tatsachen, so koennen wir mit Recht behaupten, dass es sich bei unseren 7 geheilten Faellen, um *eine Mischform* genuiner und Jackson'scher Epilepsie handelt, indem beim groesten Teil der Faelle an der operierten Stelle *irritierende pathologische Veraenderungen* nachzuweisen waren. Wenn wir den Bewusstseinsverlust fuer das Charakteristikum der genuinen Epilepsie halten, kann man geheilten Faelle zu der Gruppe der genuinen Epilepsie rechnen, obgleich der lokale Befund dagegen und fuer eine Art Jackson'scher Epilepsie spricht.

Diese Art genuiner Epilepsie, bei welcher der sog. *irritative Reiz in der Parietalgegend seinen Sitz hat, ist natuerlich durch die Kocher'sche Ventiltrepanation zu beeinflussen, waehrend gegen eine genuine Epilepsie, welche von vornherein mit Bewusteinsverlust einhergeht eine Operation zwecklos ist*

Das gute Resultat (7 Heilungen auf 36 Faellen gleich 19 %) bei den als genuine Epilepsie diagnostizierten Faellen ist also nur scheinbar ein so guenstiges. In der Wirklichkeit handelt es sich nicht um die rein genuine Form, sondern vielmehr um eine *Uebergangsform zur Jackson'scher Epilepsie*. Selbstverstaendlich darf man daher das obige Resultat nicht direkt auf die Jackson'sche Epilepsie uebertragen. Doch

zeigt es, dass die Kocher'sche Operation bei der sog. Uebergangsform zur Jackson'schen Epilepsie als am Platze zu empfehlen ist.

Fukuoka den 3. August 1925.

★
★★

Results of the treatment of Jacksonian Epilepsy

Professor ARCHIBALD YOUNG, Glasgow

I have first of all to compliment Dr Leriche on his interesting communication, and I do so with all the more pleasure, that, by reason of his beautiful French, I am able to say that I followed and understood practically every word which he has just said.

I should also like to thank Dr Alessandri for his contribution to the Discussion, with most of which I found myself in close agreement. I should like to assure him also that I was able to follow his clear and beautiful Italian with almost equal satisfaction.

It appears to me that, at the very outset of our discussion on this important subject, it is desirable to define our point of view. What exactly is it that we are discussing? What exactly do we mean by Jacksonian Epilepsy? What exactly is our mental concept of the condition?

Do we mean, when speak of Jacksonian Epilepsy, something which necessarily has a traumatic origin, and do we imply, therefore, that in the absence of such traumatic origin, Jacksonian Epilepsy cannot exist? If we do, it seems to me that we must find some answer to questions such as the following:

(1) Why is it so rare to meet with Jacksonian Epilepsy, as a sequel to injuries to the skull and brain, in civil practice? Take my own experience. I come from a busy industrial city, where serious injuries to the skull and brain are common occurrences. Trough the years we deal with large numbers

of these, and yet it is the rarest thing possible to find these injuries succeeded by Jacksonian Epilepsy.

(2) Why do we meet Jacksonian Epilepsy so rarely as a sequel to gross birth injuries ? Not only are instances of this kind rare, but it is well known that the common sequel to birth injury is rather of a non-irritative character.

(3) Do we mean to include — and if not, why not ? — the focal irritative effects of intracranial tumours, such as the meningiomas ? We recognise that probably the most characteristic feature of many such tumours is just such a focal epileptiform syndrome as conforms to the Jacksonian type.

(4) Further, are we to include what one would call true epilepsy ? Are we, even now, able to say that there exists any such thing, clearly defined, recognisable, specific, idiopathic ?

In what category are we to place such cases as the following ? :

A boy of 14, apparently in other respects quite healthy, bright, much above the average intelligence, had at intervals, for a number of years, epileptic attacks having a strictly local origin, and seldom lasting long, or passing into a general convulsion. In the last six months before he was brought to see me, the attacks had increased in frequency and also in severity, so much so, that they occurred almost hourly. Ultimately, the attacks were occasionally followed by momentary loss of consciousness, and the boy had to be taken from school. He was an adopted son. Nothing was known of his parents, nor of the manner of his birth. I saw a number of the attacks, and they were very characteristic and constant in type.

They began with a definite aura referred to the right great toe. The muscles of the foot then began to contract. The plantar flexors of the ankle, and the flexors of the knee successively contracted. Then the anterior muscles of the thigh contracted, so that the right lower limb was drawn up in front of the abdomen, and almost immediately thereafter the whole right lower limb was abducted violently.

Immediately after this happened the muscles relaxed, and

the fit was over for the time being. The boy might be sitting quietly in a chair reading when the fit began. Almost immediately after it was over he would resume his reading, as if nothing had happened. I operated on him considerably over a year ago, in the confident anticipation that I would find a focal lesion in the upper left Rolandic area. I turned down a large osteoplastic flap, exposed the whole area widely, and found nothing. The flap was replaced. The boy made an uninterrupted recovery, and he has had no fits since. I will not trouble you with a discussion of the possible or probable effects of the decompression which no doubt the operation accomplished. What we are concerned with here, is the placing of a case such as this into its proper clinical and pathological category.

The purpose of my remarks, you will see, is to insist on the necessity for a proper definition of what we mean by Jacksonian Epilepsy. It seems to me that D^r Leriche has fixed his mind on a local pathological or anatomical lesion which, rightly or wrongly, he conceives to be the essential factor, and his whole reasoning is based on that restricted conception. I would like to suggest, on the other hand, that it is the clinical syndrome that ought to be taken as the test. I believe that historically that is the correct view to take. The Jacksonian syndrome, i. e. the focal irritative, epileptiform convulsion, or series of convulsions, may be excited by a variety of conditions, to some of which I have referred. It should not, in my view, be given the restricted application of D^r Leriche. I believe, that not until we arrive at a clear understanding on this point, shall we be able to frame reliable deductions or statistics.

*
* *

L'épilepsie traumatique

par F. DE QUERVAIN (Berne).

La lecture du rapport très suggestif de M. Leriche et un coup d'œil rétrospectif sur une expérience de 30 ans dans le domaine du traitement de l'épilepsie traumatique ne sont

pas faits pour susciter un optimisme débordant, loin de là. Qu'il me soit permis de condenser en peu de mots le résumé de mes impressions :

Pour commencer la remarque que le titre choisi pour notre discussion ne couvre pas exactement notre sujet. L'épilepsie traumatique, dont nous entendons parler aujourd'hui, ne revêt pas toujours le type de l'épilepsie Jacksonienne. Elle est parfois généralisée d'emblée ou le devient après un prélude jacksonien. Toute épilepsie jacksonienne, d'autre part, n'est pas d'origine traumatique non plus.

Comme le dit fort bien M. Leriche, un petit orifice de trépanation ne révèle pas l'état de l'écorce toute entière. La cicatrice épileptogène peut siéger fort bien au niveau d'une lésion par contre-coup, tandis qu'une trépanation faite « in loco laesionis » donne un résultat négatif.

Quant au caractère histologique de la cicatrice, incriminé par le rapporteur, on ne saurait en juger qu'après comparaison avec un nombre correspondant de cicatrices excisées sur des non-épileptiques. La difficulté sera de se procurer ce matériel de comparaison.

M. Leriche met l'accent principal sur les caractères histologiques de la cicatrice et considère comme facteurs variables, en quelque sorte accessoires, les troubles circulatoires et les variations de pression du liquide céphalo-rachidien. Ne vaudrait-il pas mieux renverser les rôles et mettre l'accent principal sur la labilité vasomotrice de l'épileptique, labilité qui conduit à l'explosion motrice en présence d'une cicatrice de l'écorce quelqu'en soit d'ailleurs la structure ? Je rappellerai ici le rôle des crises de vaso-construction établi pour la première fois par Siegrist, de Berne, à l'aide de l'ophtalmoscope dans la migraine ophtalmique. Ce ne sont pas les lésions organiques, mais bien les facteurs variables vaso-moteurs et liquidien qui paraissent être responsable de la marche si capricieuse des épilepsies traumatiques. Malheureusement ces facteurs ne sauraient être modifiés d'une manière permanente par la trépanation décompressive. Il n'existe aucun procédé de décompression permanente, si l'on ne veut pas recourir au grands brèches susceptible d'engendrer des conséquences fâcheuses par elles-mêmes. Le jeu que donnent dans le meil-

leur cas les décompressions petites et moyennes devient d'une exiguité ridicule après peu de mois, par rapport au volume cranien.

Voilà pourquoi les résultats de la trépanation décompressive sont loin d'être satisfaisants et que dans les cas favorables nous ignorons si l'amélioration s'est produite grâce à la décompression ou malgré elle. La tentative de M. Leriche d'influencer les conditions de pression du liquide cérébro-spinal par des injections hypo- ou hypertensives, mérite en tout cas d'être retenue et contrôlée.

★
★ ★

Discussion on Jacksonian Epilepsy

M. GEOFFREY JEFFERSON (Manchester).

Jacksonian epilepsy is a subject which makes a strong appeal to all Englishman, for in its title is enshrined the name of that great clinician, Hughlings Jackson. Many years have elapsed since the papers were published which laid the foundation for this clinical entity, for such we now know it to be. Jackson never applied to the condition the title by which it is universally known at this day. But it is interesting to note, how during his life-time, the term came into use (first used, it is said, by the great Charcot), until it soon was accepted in the currency of international terminology. At times the name of another but much earlier writer, Bravais, is associated with it, but after careful perusal of Bravais' paper (*Recherches sur les symptomes et le traitement de l'épilepsie hémiplegique. Thèse. Paris. 1827.*) I am satisfied, for my part, that he has no special claim for recognition. Unilateral epilepsy was well known centuries before Bravais' time, and that author did nothing to elucidate the problem, instructive and excellent thought his study is. How dare he even conjecture the true cause, for had not Flourens, who dominated the physiological world of his time, just declared that the cerebral hemispheres and cortex had no control over our

movements ? And it seems to me to be a most happy event that here in Rome, just one hundred years later, a countryman of Bravais' and of Flourens is emphasising the importance of the cortex, and particularly of the cortical scar, as an essential in the production of Jacksonian epilepsy. It is doubtful how far we should be correct in applying this belief to those non-traumatic, idiopathic cases which are capable, in some instances of furnishing beautiful examples of Jacksonian epilepsy. I myself, like many others no doubt here present to-day, have explored most carefully the cortex of some of these cases and found no lesion. M. Leriche says truly that exposure is relatively limited, and that 5.0 m.m. in one direction or another will make all the difference between finding something or finding nothing. But no surgeon with any proper understanding of neurological surgery makes the limited openings to which M. Leriche has referred. Certain it is that no importance whatever must be attached to reports of such operations, and no credence given to deductions based on such scanty information. But what are we to say of the undoubted cases where careful examination of the cortex through a wide osteoplastic opening has revealed nothing ? Are we to impeach an undiscovered scar, or that subcortical gliosis of Chaslin to which M. Leriche has referred ? I do not wish to be too critical of M. Leriche's main thesis, which is in my experience correct, that in traumatic epilepsy the essential is that there should be a scar in the cortex cerebri. And I would go further and state that this scar must be within the excitable précentral area as mapped out by Sherrington. I did not hear M. Leriche say this, though it is implied throughout his paper. But it has an important bearing. For it is a fact that Jacksonian epilepsy of traumatic origin is a rare thing in civilian life. The common fracture of the skull is not often followed by Jacksonian seizures. In a series followed up at the Salford Royal Hospital of 601 cases admitted with injuries to the head during five years, only three cases later developed epilepsy. Another 10 had fits during the acute period (first 24-48 hours), but these disappeared and have not yet recurred.

Why is Jacksonian epilepsy so rare after the civilian frac-

ture of the skull ? Is it because there is no cortical laceration, no subsequent cortical scarring ? No, for we know that scarring does occur ; it is because the scars are not in the right place to induce Jacksonian epilepsy. The common pathological lesion in these cases is polar contusion, laceration of the temporal and frontal bones and particularly their under surfaces. Whilst injury of the motor area, which is covered by smooth and even bone, is rare, hence Jacksonian epilepsy is rare. With the injuries of war-fare the case is far otherwise, for the missile frequently lacerates the fronto-parietal field. I note that M. Leriche has almost entirely limited his observations to these cases. I think this is wise, but we must remember I think that when we see a case of Jacksonian epilepsy in civil life it will most likely be a case of «idiopathic» epilepsy (maybe with some pathological scar whose history can only be guessed at, more often without). It is next most likely to be due to a brain tumour, and the third and least likely is that it is due to a definite injury. Nearly all epileptics who walk into a Hospital say that the disease is due to an injury, just as most women with cancer of the breast ascribe their troubles to some contusion. Yet we should be very wrong if we accepted their statements as to cause and effect.

I think M. Leriche was right to speak particularly of gunshot injury, because the pathology is clear-cut and the situation and nature of the lesion obvious. I agree with him that we should rule out injury of the bone, and doubt how far we can rule out injuries of the meninges. It seems to me doubtful whether it is possible to have a meningeal injury of any importance without affection of the cortex — of the pia assuredly not.

Seven years ago I discovered that Jacksonian seizures were in their early stages easily controlled by lumbar puncture and by bromide (Brain 1919, and *Brit. Jour. Surg.* 1919).

I agree with M. Leriche on the efficacy of this step. It is, I should have thought agreed that fascial grafts were unnecessary, and that saline is the best substance to put into the gap in the brain.

In the more chronic forms, years after the wound healed, I have been very conservative, because I find that this kind

of epilepsy seems to have a natural history of its own, and that on the whole there is a steady progression towards cure. I have had some 65 cases of traumatic epilepsy of which 25 were truly Jacksonian (this number is now somewhat increased and it is hoped that a study of « traumatic epilepsy », of all types, will shortly be ready for publication). I have not tried the simple intravenous methods of physiology which M. Leriche has advocated. But I am impressed by the results, even though the explanation may not be quite clear. Nor can I quite believe that the alterations in pressure which he has brought about continue for so long as he suggests. The more I see of epilepsy the more impressed I am by the therapeutic part played (unconsciously in the case of a surgeon) by his personality, and that those who believe most firmly in their particular method of treatment manage to convey to the patient a suggestion of cure which is very helpful.

★ ★

Sui risultati lontani dell'epilessia posttraumatica

Prof. CARLO GAMBERINI, Bologna

Sulla questione del trattamento dell'epilessia jaksoniana, la cui insorgenza, la cui patogenesi, la cui guarigione sfuggono ad ogni legge determinata e ad ogni controllo esauriente ed univoco anatomico, è doveroso che ognuno riferisca i risultati della sua pratica e della sua osservazione. Dirigendo dal 1917 al 1919 un centro neurochirurgico specializzato per feriti di guerra del cranio ho potuto accoglierne e seguirne a lungo moltissimi; e l'osservazione o per visita diretta o per corrispondenza è durata tutt'oggi per 71 casi, compresi alcuni di pratica civile. Studiatamente non solo ho seguito operati epilettici, ma anche gravi lesionati operati non epilettici per cogliere l'insorgenza di eventuale epilessia tardiva. I dati della mia statistica furono inviati nell'agosto del 1921 al Congresso francese di Strasburgo; ma poichè non potei presenziare, li pubblicai sulla Riforma Medica di Napoli e in una memoria libera edita dal Cappelli di Bologna.

Riassumo qui i dati di oggi. Sopra 71 casi vi sono 47 casi di epilessia ; 34 di epilessia primitiva, 13 di epilessia tardiva.

Dei 34 casi di epilessia primitiva : 4 furono operati per la sola ferita primitiva, con persistenza della malattia in tre e guarigione in un caso : 3 furono operati di sola exeresi della cicatrice senza chiusura della breccia cranica con 2 insuccessi e uno (operato in istato di male acuto) guarito temporaneamente. Esso reoperato, per la recidiva, di exeresi e cranioplastica è a tutt'oggi guarito ; però l'esito è recente. Gli altri 27 casi di epilessia primitiva furono trattati con exeresi della cicatrice e consecutiva cranioplastica. Questa fu eseguita col noto metodo del Righetti che oltre al vantaggio di portare la faccia esterna del periostio a contatto della meningi e di permettere la proliferazione ossea verso l'esterno, ha il vantaggio pure di poter permettere una sottigliezza a volontà del lembo ; dettaglio di tecnica al quale io attribuisco una importanza massima. Sui 27 casi in 16 si è avuta guarigione, che data per 12 dal 1918, per 4 dal 1920 ; in due miglioramento ; 5 casi sono ancora epilettici ; 4 sono morti, 3 di malattia comune, 1 all' Istituto dei grandi Invalidi di Arosio sotto un accesso di male acuto. Oltre i 34 casi riferiti di epilessia primitiva ho osservato 13 casi di epilessia tardiva : di questi 7 erano stati operati per la sola ferita primitiva con risultato odierno di permanente epilessia in 3, di morte sotto accesso acuto (pare) di male in 1 caso, di sospensione da parecchi anni a tutt'oggi dell'epilessia negli altri 3 casi. Gli altri 6 casi di epilessia tardiva erano stati prima operati di exeresi della cicatrice e cranioplastica ; 2 restano guariti dal 1920, 1 invariato, in 3 l'epilessia è insorta dopo il 1920.

Nei rimanenti 24 casi di intervento per gravi lesioni craniche seguiti dal 1917 a tutt'oggi non si è manifestata epilessia. Quindici di essi furono operati di exeresi e cranioplastica e tutti si sono avvantaggiati o sono guariti delle gravi turbe nervose che, disturbando continuamente i craniectomati, sono spesso ad essi più moleste delle stesse convulsioni intercorrenti.

Io devo perciò rilevare :

1° che i soggetti trattati con exeresi e cranioplastica diedero un risultato soddisfacente di guarigioni permanenti superiore

a quello ottenuto con metodi che trascurano la breccia cranica.

(Ai Colleghi che mi onorarono di loro presenza nella seduta operatoria del 4 aprile u. s. allo spedale Maggiore di Bologna, io presentai 10 soggetti guariti. Qui presento con proiezioni alcuni di essi ed altri casi.)

2° che ai casi di guarigione appartengono per la maggior parte soggetti con apparente sola lesione extradurale; però anche parecchi individui con gravi lesioni dell'encefalo. Ed è interessante l'osservazione di alcuni di questi casi, con fatti paralitici a focolaio corticale e manifestazioni epilettiche, in cui si ebbe attenuazione e guarigione degli uni e degli altri disturbi; in qualcuno la guarigione fu dissociata e cioè si ebbe guarigione dei disturbi paralitici e persistenza dell'epilessia o per converso guarigione di questa e persistenza dei fatti paralitici.

3° che in alcuni casi di recidiva, dopo intervento di exeresi della cicatrice e tentativi inutili di punture lombari, ho avuto guarigione con reoperazione di exeresi e cranioplastica insieme.

4° che sono dovuto intervenire d'urgenza in un caso di male acuto che si protraveva da 48 ore, ribelle a punture lombari, per minaccia di morte; e che in altri 3 casi mi risulta la morte sotto accesso acuto di male (in 2 casi per riferimento, in uno per controllo anatomico).

5° che, circa la manifestazione dell'epilessia, in molti casi di gravissime lesioni cerebrali con concomitanti disturbi motori organici non è seguita epilessia. Che la contrario manifestazioni di epilessia gravissima parvero legate a solo mento completo di essa. E che lo sviluppo dell'epilessia si ebbe in prevalenza nei lesionati della zona centrale (rolandica e adiaceuze) ma non mancò negli altri, e le manifestazioni non variarono di intensità in rapporto colla sede della ferita, nè questa influì sulla percentuale di guarigione.

Dalle mie osservazioni concludo:

1° I fatti così vari circa lo sviluppo dell'epilessia, la sua intensità o la sua mancanza (in confronto delle stesse lesioni

apparenti) e i dati osservati circa la guarigione confermano che non si può invocare una causa unica a base dell'epilessia.

II° Nelle lesioni gravi encefaliche si procede col trattamento chirurgico a tentativo; però io penso che si debba intensità o la sua mancanza in confronto delle stesse lesioni apparenti e i dati osservati circa la guarigione confermano che grazione anatomica completa.

III° Nelle lesioni a probabile integrità dell'encefalo il trattamento chirurgico ha indicazione precisa. Sempre, ma soprattutto in questi casi, io credo abbia grande valore la condizione di pressione del liquido cefalo, rachidiano che su questa influisca la presenza della breccia cranica e che quindi anche a questa debba dirigersi l'intervento.

Sono prova di ciò: a) le recidive di epilessia, da me notate col riformarsi di cicatrici dure comprimenti il cervello, scomparse invece colla cranioplastica; b) l'aggravamento frequente dell'epilessia da me notato in parecchi casi nel periodo primo postoperatorio o per applicazione di lembo osteoplastico troppo grosso o per ematoma sottostante o (in un caso) per suppurazione, fenomeni tutti scomparsi definitivamente dopo soppressione della causa; c) ne sono prova le gravi turbe nervose accusate da individui, che conservano breccia ampiamente pulsante, in rapporto coi cambiamenti di posizione.

Perciò il vantaggio del trattamento chirurgico è legato a verte cautele circa il tempo e la tecnica di intervento. Riguardo al tempo l'operazione deve essere guirsi lontano dai periodi di iperpressione cerebrale, da stabilirsi coll'esame del liquido spinale e soprattutto del fondo oculare. Le cautele di tecnica consistono nell'applicazione di lembi non incuneati e sottili, che gradatamente per proliferazione ossea si induriscono fino alla consistenza del cranio normale.

In questo modo io penso che nella reintegrazione anatomica del cranio si ottenga l'adattamento graduale del lembo coordinatamente alla pressione endocranica e quindi ne proceda la normalizzazione e uniforme distribuzione di questa. Così penso che si ottengano i migliori risultati nei casi di epilessia traumatica suscettibile di guarigione coi mezzi chirur-

gici. La radioterapia fu d'ora tentata in alcuni casi di epilessia, ribelle a trattamento chirurgico con o senza cranioplastica, ma senza risultato.

★
★ ★

Sulla epilessia Jaksoniana

Prof. GIUSEPPE SOLARO, Busto Arsizio.

La Relazione del Prof. Leriche mette in evidenza dei fatti indubbiamente interessanti per quanto concerne la struttura istologica delle cicatrici cerebrali e le variazioni di pressione del liquor in casi di epilessia post-traumatica. Ma — a mio avviso — quando il Relatore afferma che causa della epilessia è la presenza di una cicatrice cerebrale, a struttura gliomatosa, e che le alterazioni craniche, meninee e cerebrali a cui solitamente si attribuisce l'origine dell'epilessia (schegge affondate, corpi stranieri, aderenze, cisti meninee) sono fattori di ordine secondario, mostra di avere una visione unilaterale del problema, perchè esistono indubbiamente epilessie non legate alla gliosi di una cicatrice cerebrale. Basta pensare alle ep. jaksoniane sintomatiche di tumori, che guariscono dopo l'ablazione del tumore, e a quelle provocate da alterazioni meninee e craniche assolutamente superficiali, che agiscono come causa di irritazione corticale, senza che vi siano lesioni vere e proprie della sostanza nervosa.

Queste osservazioni non mi sembrano indifferenti perchè la concezione del Leriche porta alla deduzione terapeutica che si debba ricercare ed escidere la cicatrice cerebrale, procedimento che, mentre determina delle mutilazioni cerebrali, si risolve in un circolo vizioso in quanto il vuoto lasciato dalla escisione della cicatrice sarà colmato da una nuova cicatrice, probabilmente anch'essa gliomatosa, se è vero, come afferma Leriche stesso, che tale carattere dipenda da una particolare disposizione individuale, e più vasta della precedente. Così stando le cose, la concezione del Leriche potrebbe indurre, nei riguardi della cura chirurgica, a un pericoloso astensionismo e a un pessimismo ingiustificato,

perchè casi di guarigione duratura di epilessie jaksoniane in seguito ad asportazione di focolai patologici cranici, meningei o intracerebrali sono fortunatamente delle realtà bene accertate.

★
★★

Epilepsie jacksonienne

Dr. M. CORACHAN

Cirujano numerario del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Acuden al Cirujano en demanda de intervención, que es curativa en muchos casos, un pequeño número de pacientes nerviosos : estos son, los que padeciendo toda su vida ataques epilépticos ven fracasar todos los tratamientos empleados : son asimismo los que por consejo de su médico nos visitan siendo portadores de un traumatismo craneal—caída sobre la cabeza, heridas por armas de fuego, etc.—casi siempre de antigua fecha, y una sucesión de ataques epilépticos, parciales o generales, que muy acertadamente creen derivación de aquel accidente.

En unos y otros la indicación quirúrgica se impone, como recurso de máximos resultados (cual la clínica asevera) o por lo menos, más positivos que los demás ensayos en períodos largos de tiempo, que alcanzan en ocasiones a diez, quince o más años ; además, si se tiene presente que las causas de epilepsia son variadísimas y que algunas son practicamente ostensibles, por radicar en la superficie del cerebro o en sus capas más asequibles, de ahí que la intervención que puede anular estas causas deba practicarse, si más no a título de prueba.

Este factor epileptógeno, o la localización cerebral macroscópica de las lesiones causantes de ataques epilépticos, destruye la antigua doctrina que consideraba al *morbis sacer*, como enfermedad *sine materia*, concepto que más adelante (época actual) y en un plano evolutivo se tradujo por *expresión neurósica* de *cerebropatías*, algunas de las cuales caen dentro dominio de la cirugía, y ella es quien puede, las

más de las ocasiones, dar solución patogenética al mal epileptógeno.

El testimonio estadístico de varios cirujanos, que citaremos más adelante, es de una evidencia positiva, comprobando la total desaparición de los ataques convulsivos, en sujetos epilépticos, después de intervenciones sobre el cerebro, en especial en casos de epilepsias parciales, tipo Jackson, en aquellos cuyos ataques han aparecido a raíz de insultos traumáticos.

*
**

Los primeros ensayos de actuación sobre el cerebro, más o menos quirúrgicos (directos e indirectos otros), lo constituyeron las punciones lumbares, la punción de los ventrículos, la abertura del seno transversal y la ligadura de la arteria meníngea media, no queriendo incluir entre ellos, los *sedales de la nuca* recuerdos de la época del más agudo humorismo.

Estas prácticas han sido desterradas por la imperativa de la asepsia moderna y la sistematización de técnicas sobre la calota huesosa craneal, que permiten actuar directamente en la masa encefálica o bien anular la compresión del cerebro, causa de convulsiones, en algunos casos.

En nuestra modesta esfera, hemos intervenido casos de epilepsia de variada naturaleza con éxitos muy satisfactorios, en especial en las formas jacksonianas y traumáticas, cuyos casos serán objeto de descripción, después de un breve compendio de la doctrina moderna así en fisiopatología, como en terapéutica quirúrgica de las enfermedades epilépticas.

*
**

Comenzar toda cuestión de clínica, por las orientaciones de la fisiopatología de la enfermedad que la motiva, es conducta que tiene útiles aspectos y sanas derivaciones. Esbozaré tan solo esta cuestión para detenerme luego en la parte quirúrgica, que es la que da ocasión a estas líneas.

El malogrado Dr. Galcerán Granés, psico-neurólogo de altos prestigios, reasumió la cuestión de fisiopatología de las epilepsias, en un detallado trabajo que publicó en su Revista

« Archivos de Terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales » titulado « Tratamiento sindrómico de las epilepsias », y en él se leen los siguientes conceptos cuya claridad y precisión abonan las intervenciones que serán objeto de reseña ulterior.

« El síndrome epileptico es el conjunto de perturbaciones funcionales que el daño anatómico imprime a aquella parte de la corteza cerebral donde preferentemente asienta. « Es toda la corteza » El síndrome será completo. « Es una parte limitada » El síndrome será parcial *y reflejará la especialización, de la parte dañada* ».

Clínicamente de conformidad con esta dicotomía originaria, las epilepsias se dividen en *Epilepsias generalizadas* (Genuina o clásica o también *médica*) y *Epilepsias parciales* (o quirúrgicas) que alcanzan una gran variedad ; tanto como funciones especiales tiene el exquisito órgano cerebral (centros de integración, de coordinación, de expresión, de sensibilidad y sensoriales).

Véase el mecanismo productor de las epilepsias, según el Dr. GALCERAN cuya explicación no puede ser más convincente. Las neuronas corticales aumentan en categoría morfológica (especialización funcional más compleja), a medida que ocupan capas más centrales del parénquima. Así las células más superficiales son simplemente *receptoras* de impresiones estesiódicas, las promedias son *acumuladoras de la energía nerviosa*, y las más profundas *transportadoras de las energías iniciales y de las acumuladas*, que las difunden hacia la periferia externa o la interna en forma de *corriente quinesódica* « porque—dice el Dr. GALCERAN—en lo nervioso como en todo lo orgánico, la fórmula ostensible de la vida es siempre el movimiento » (1).

De esta gradual y específica función celular de las capas del *cortex*, se infiere que la corteza cerebral del epiléptico, representa un *potencial de energía neuronal*, en estado de

(1) Aun la misma *energía vital*, en su moladidad de *energía química*, lo es á su vez, derivación de la *energía mecánica*: he aquí en su confirmación, la doctrina de los *iones*, y la inmunidad misma, que se interpreta como interferencias de movimientos vibratorios entre coloides opuestos (Thieulin).

tensión en los elementos de sus últimos estratos, y por lo tanto, fácil a descargar, bien espontáneamente por suturación extrema, bien por estímulo anormal obrando sobre la superficie del cerebro (2).

Dicho esto, que al descargarse esta energía, en el hábito epiléptico, debe seguir la dirección de las zonas de exteriorización motora, estallando entonces la convulsión típica, con generalización de cuadro o especialización del mismo, según sea la descarga uni o multilobular (epilepsia general o genuina y epilepsia parcial o jacksoniana).

Dicho está, que esta hipertensión neuronal, imprime cambios notables en el neurotrofismo de los elementos figurados del cerebro, y de ahí ofrezcan las epilepsias alteración del histoquimismo celular — disgregación de la cromófila disminución de los corpúsculos de Nisst, ausencia de lecitinas — lesiones microscópicas que difieren esencialmente de las lesiones macroscópicas, pues aquellas pueden estar difundidas y no ser modificables ni asequibles a la intervención, mientras que estas acostumbran ser focales o circunscritas y por lo tanto susceptibles de l'exéresis (epilepsias tipo Jackson).

Esta concepción de la epilepsias por irritación cortical basada en hechos biológicos e histoquímicos, tiene su comprobación experimental, mediante la excitación eléctrica de ciertas partes de la superficie del cerebro, que reproducen cuadros típicos de convulsiones epilépticas y también operatoria, si bien que a la inversa, esto es, anulando estímulos y cesando el cuando clínico correspondiente.

Clínicamente, teniendo presente la indudable existencia de los centros motores de la corteza, agrupados en toda la extensión de la circunvolución frontal ascendente (HORSLEY), correspondiendo su tercio superior al centro de movimiento del miembro inferior, su tercio medio al centro de movimiento

(2) Los estímulos morbosos, pueden asentar en el mismo cerebro (foco flogístico, nódulo histológico, atípico, quiste, absceso, hemorragia circunscrita), en las cubiertas (paquimeningitis, meningo encefalitis, tubérculos, etcétera), en la calota ósea (exostosis, fracturas, esquirlas) o bien pueden estar constituidos por cuerpos extraños alojados en el encéfalo (balas, fragmentos de hueso, hundimiento de una porción ósea, hidátides, etc.), siempre actuando sobre la superficie de la región Rollándica todos ellos.

del miembro superior, y el inferior rigiendo los músculos de la cara, faringe, lengua y laringe, podrá el práctico señalar la localización del mal epiléptico muscular por donde tenga iniciación el ataque convulsivo. Desde luego que la lesión radicaré en el punto de la circunvolución frontal ascendente, cruzado u opuesto, es decir, del lado derecho si la convulsión se inicia por el lado izquierdo y vice-versa, extremo que no hay que olvidar por cuanto guía la intervención señalando de antemano, el sitio donde debe practicarse la abertura de la bóveda craneana, para caer en el sitio donde radiquen las lesiones y obrar en consecuencia y con útiles fines.

Téngase en cuenta, que podrán ocurrir dudas en cuanto al sitio exacto donde radique el daño cerebral, habida razón de la tolerancia que en alguna ocasión ofrece el cerebro para las causas patógenas desarrolladas en su seno, además de la confusión que puede embargarnos por lo impreciso de los fenómenos convulsivos en ciertos sujetos, dando asimismo origen a síntomas equívocos de vecindad especialmente ; tal puede ser, en ocasiones especiales la profusión sindrómica (cortical, sub-cortical y central en íntima promiscuidad). Así ocurrió al insigne doctor CARDENAL, quien con su perspicaz observación y claro talento, acertó la topografía cerebral afectada : se trataba de un sujeto con ataques convulsivos y el antecedente de un traumatismo del cráneo, a raíz de la explosión epiléptica ; pero por el hecho de que la crisis convulsiva tenía origen en el mismo lado de la lesión traumática, parecía lógico deducir que ésta había determinado una lesión cerebral del propio lado, pero tan eximio y esclarecido Maestro opinó lo contrario, y en efecto la craneotomía practicada en opuesto sector del cerebro, del que tenía origen la convulsión, demostró la existencia de un quiste hidatídico del cerebro, que extirpado motivó la curación del enfermo. Se comprobó así que el trauma craneano fué bien tolerado y no tenía relación patogenética con las convulsiones.

De todo lo exuesto se deduce, la conveniencia de despojarse de toda idea preconcebida en la tarea diagnóstica de un cuado convulsivo, y si preciso es, ante las dificultades que puedan ofrecerse, el especialista en neuropatología junto

con el cirujano, deben someter al paciente a una atenta observación y análisis minucioso de todos sus síntomas para fijar el sitio por donde se debe abrir el cráneo a fin de encontrar con seguridad la lesión cierta o sospechada.

Aparte los datos precisos que puede arrojar el análisis de la sangre, los rayos X, y otros medios al alcance del práctico, por regla general se diagnostica a tenor del cuadro convulsivo y sus caracteres predominantes, así : la convulsión netamente parcial en sus comienzos, aunque después se generalice, indica localización precisa cerebral del daño productor de la epilepsia y señalando el punto inicial donde tiene principio la manifestación, y sabido ya el sitio de la corteza cerebral que le corresponde, según expuesto queda, señalarlo en la superficie del cráneo correspondiente al lado opuesto y allí abrir brecha en busca del estímulo epiléptico, obrando quirúrgicamente caso de hallarlo, anulándolo si la convulsión es generalizada, comprobar atentamente, en los primeros momentos de la crisis el lado en que se inicie la convulsión o el áura, y en su defecto ver el lado por el que se produce la caída, o comprobar hacia donde se desvía constantemente la cabeza, ya que estos datos podrán poner en camino de señalar el sitio correspondiente del foco epileptoideo, argumentado como en el caso precedente.

Todas las esperanzas concebidas en el éxito de una craneotomía, cuando la lesión es cortical, circunscrita y extirpable, capaz de solución quirúrgica, lo cual ocurre por regla general en la epilepsia jacksoniana, truécase en cruel desengaño, cuando aquel es de índole degenerativa o no susceptible de extirpación por su mucha área (avance rápido de la lesión anatómica o gran difusión de la misma). PITRES, en cuanto a oportunismo operatorio, agrupa a los jacksonianos en tres secciones : a) los de accesos muy espaciados, que no empeoran a pesar del tiempo permaneciendo estacionarios por evolución muy lenta, o ya terminada de su lesión (paquimeningitis, foco hemorrágico, fibroma, etc) : en éstos, la operación fracasa ; b) los que ofrecen ataques frecuentes y que por su gravedad ponen en peligro la vida del enfermo, razón por la que la operación debe hacerse para cumplir una indicación vital ; entran en este grupo los casos agudos con

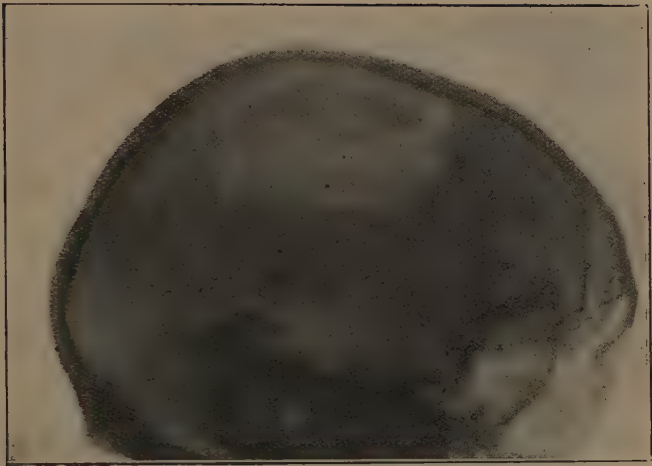


Fig. 1.

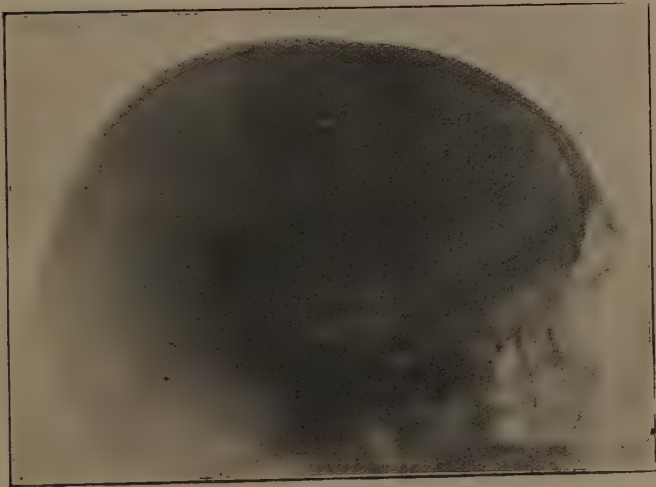


Fig. 2

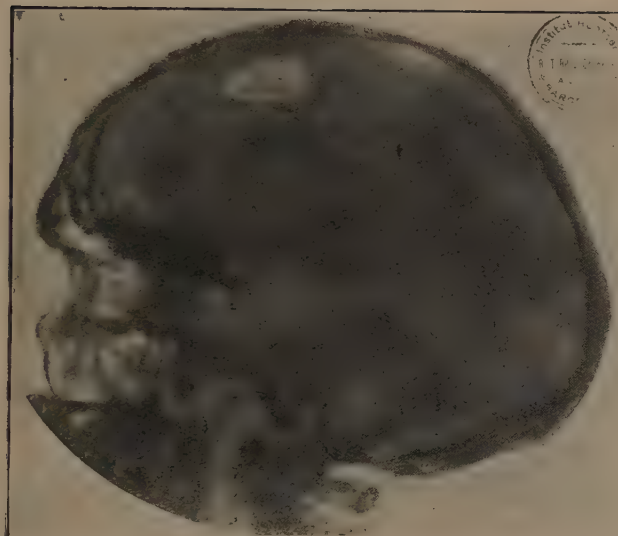


Fig. 3. — Radiografía de perfil; se aprecia la falta de substancia ósea en el sitio de la herida y el cuerpo extraño metálico.

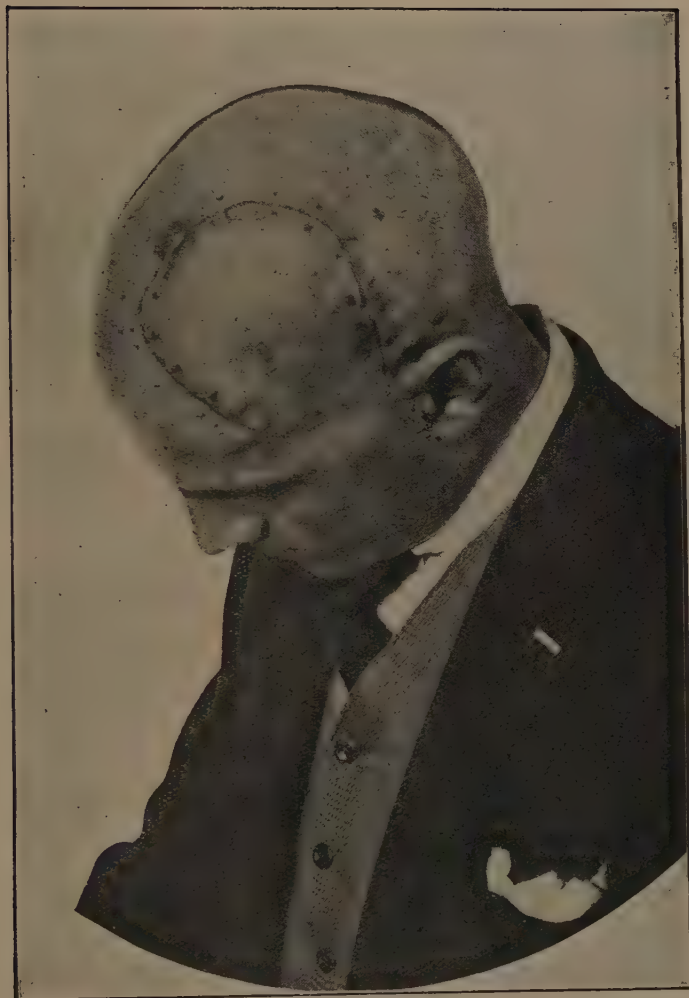


Fig. 5. — Región operatoria. Colgajo curvilíneo, de base zigomática, que sirvió para la craneotomía; en la porción superior izquierda se divisa la cicatriz, restos de la herida que sufrió.

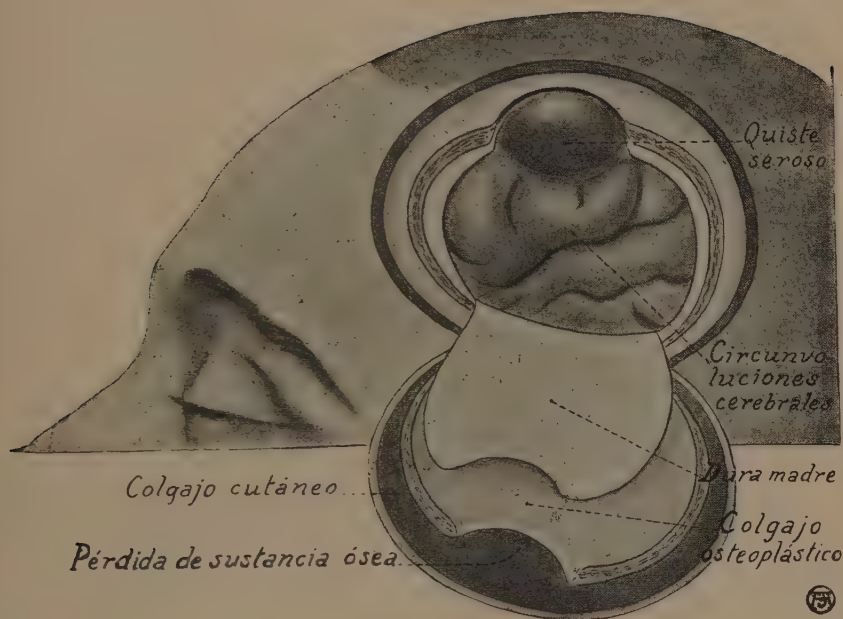


Fig. 6.

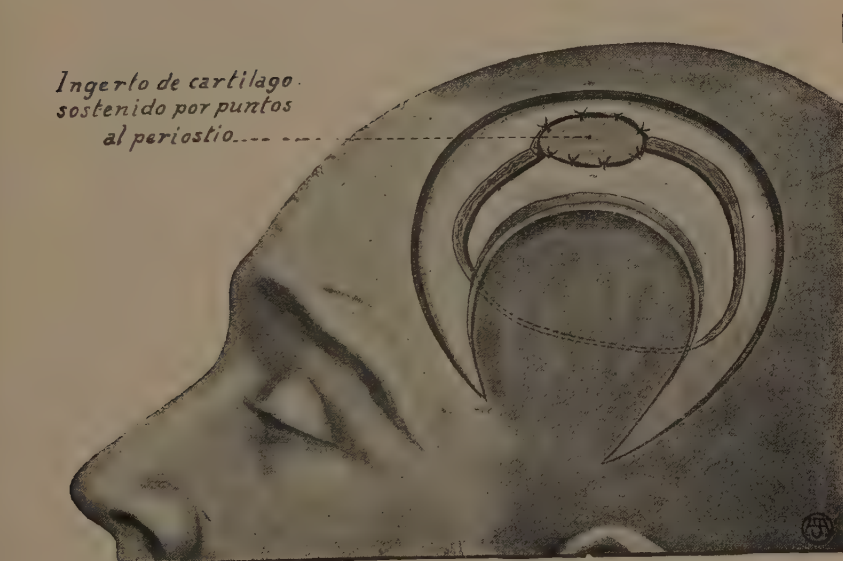


Fig. 7.



Fig. 8. — Radiografía de perfil; se aprecia el colgajo óseo trazado, colocado « in situ »; la transparencia del cartilago trasplantado hace que se observe la misma afalta de superficie ósea de la fig. 3; se observa también el cuerpo metálico no extraído.

grandes fenómenos de compresión cerebral ; c) los casos crónicos, producidos por lesiones cerebrales superficiales, únicas y extirpables, que no hayan ocasionado infiltraciones ni supuraciones, que no esté el paciente en plena caquexia y con un sistema arterial no degenerado : en estos la operación tiene precisas indicaciones y éxitos numerosos (3).

Téngase presente, que el *tipo craneopático* de la epilepsia, esto es, la de índole traumática exige tratamiento quirúrgico, lo más pronto posible, consistente en levantamiento de los fragmentos óseos, extracción de cuerpos extraños, extracción de hematomas, abertura de absesos, raspado de esclerosis, desbridamiento de cicatrices, etc. A pesar de la opinión de KEEN, que dice no tener probabiliades de curación una epilepsia traumática ya establecida de tiempo, esta epilepsia cura asimismo practicada la intervención muy tardíamente, conforme lo aseveran dos de nuestros casos, que se expondrán.

Escapan a todo intento operatorio las *formas simpáticas* de la epilepsia o epilepsias reflejas, por radicar la lesión lejos del cerebro, en la víscera, y por intermedio del simpático se ha trasmitido a éste la reacción epiléptica. Igual excepción hay que señalar, para las formas inveteradas que responden a procesos tan varios como lepto-meningitis, microgiria, espesamiento de los vasos, degeneración celular, porencefalia, ascitis ventricular, granulosis del epéndimo, hidrocefalia, hiperóstosis, anomalías congénitas de la cabeza, granulomas específicos, y otros análogos.

Digamos, para aclarar conceptos, que la que se supone lesión degenerativa de la epilepsia genuina, es la *gliosis*, lesión de la neuroglia, que puede radicar alrededor de los vasos cerebrales (glioma) y pasar desapercibido macroscópicamente : según KRAUSSE (4) las alteraciones visibles en esta clase de epilepsia « si es que en estos casos se encuentra

(3) La epilepsia Jacksoniana consecutiva a heridas de guerra, completarán esta catalogación, habiéndola estudiado *René-Leriche* (Presse Médicale, 15 Sepbre, 1920) y asignado un origen arterial espasmódico, brusco, de los vasos de la zona Rolándica, con anemia cortical durante las crisis y *baja de la tensión del líquido céfalo raquídeo*, comprobado por punción lumbar, por producción de lagunas sub aracnoides en el foco traumático cerebral.

(4) Tratado de las operaciones quirúrgicas.—(Calleja Editor.—Madrid, 1915).

algo patológico — dice este autor — son, el *edema de la aracnoides* y la *leptomeningitis crónica*. Así mismo, opina KRAUSSE (5) que un factor epileptógeno puede serlo el aumento de presión del líquido céfalo-raquídeo, cuyas mediciones han sido efectuadas por STADEHMANN (35 mm. de mercurio, presión normal, que se eleva a 50 mm. en la epilepsia).

*
**

OPERABILIDAD DE LOS CASOS DE EPILEPSIA PARCIAL O
JACKSONIANA Y TRAUMÁTICA.
TÉCNICA DE LA CRANEOTOMIA OSTEOPLÁSTICA.

Dado que, según lo antes expuesto, la superficialidad y limitación del daño cerebral (corteza), causa de epilepsia, condicionan y garantizan el éxito de la intervención quirúrgica, a estas condiciones hay que circunscribirse al planear la craneotomía, pero como en caso decisivo, la noción patológica particular, abarca las cualidades subjetivas del enfermo, precisa antes de pasar a vías de hecho, una tarea clínica minuciosa determinativa de las características orgánicas y fisiológicas del mismo, y aquilatar si contraindican los medios quirúrgicos. Téngase presente, que la actual técnica operatoria aplicada a afecciones del cerebro, de sus cubiertas o de la calota craneana, al igual que las demás técnicas especializadas para cada región del cuerpo humano, ha llegado a tal punto de precisión y perfección, que puede contarse con la casi absoluta inocuidad de la misma : no obstante ello, debe el práctico asegurarse si el enfermo es un caso de herencia recargada, si presenta padecimientos sífilíticos o tuberculosos, si es heredolúético, si padece hemofilia, diabetes, nefritis o arterio-esclerosis, en fin, si su epilepsia es congénita, o hubiese datos que hicieran sospechar además de la epilepsia, vicios de desarrollo de la corteza, esclerosis cerebral difusa, tumores degenerativos. Dicho está que algunas de estas dolencias constituyen serias oposiciones a la intervención, como lo son también las taras del psiquismo : demencias, locuras, estados delirantes, etc.

(5) Loc. cit.

Apurando un tanto los juicios intervencionistas, cabe decir, que los tolera bien, y que no presenta trastorno alguno pasada la crisis, *no debe operarse*. Si en un momento dado cambiaran las condiciones expuestas, en sentido de acentuación y agravación, entonces será el momento para variar de criterio y *aconsejar la operación*. OPPENHEIM, opina, respecto a las intervenciones craneales por tumores cerebrales, pese al perfeccionamiento diagnóstico de éstos, que deben restringirse, en contra la opinión de HORSLEY, que aboga por la operación a *outrance*.

La cuestión operatoria, no es dudosa : a lesión cortical motriz en región Rolándica, con síndrome epiléptico, no inveterado y buenas condiciones individuales, la intervención logrará espléndidas curaciones, sea el enfermo tipo JACKSON-BRAVAIS, sea traumático.

He aquí algunos datos estadísticos que hemos recogido en diversas Revistas.

DELBET, ha reunido 130 casos de epilepsia Jacksoniana intervenidos por trepanación o bien por abertura del cráneo con colgajo ósteo-plásticos y afirma en los buenos resultados conseguidos. VINTTUER (Congreso de la Sociedad alemana de Cirugía. Berlin, 1913), en 5 años operó 92 casos de tumores intracraneales, limitándose por insuficiencia de diagnóstico a una trepanación descompresiva en 42 casos, obteniendo un 55 % de curas definitivas. SAUERBRUCK, que ha estudiado la patogenia de la epilepsia experimentalmente, especialmente la traumática, concluye que no es necesario producir lesiones anatómicas de la corteza cerebral para obtener una excitabilidad exagerada de la misma con disposición para los ataques y basándose en estos datos se explica que los resultados operatorios sean buenos cuando los casos de epilepsia, y no tan satisfactorios cuando de epilepsia esencial se trate. MUSKENS (loc cit), dice no ser rara la epilepsia traumática con lesión del cráneo : de dos casos suyos, en uno había ocurrido durante la infancia una fractura del parietal y presentó convulsiones con hemiplegía, desapareciendo todo a raíz de la trepanación. KRAUSE, es partidario de operar en cuando haya sospecha de tumor. El gran Maestro catalán, el doctor D. SALVADOR CARDENAL, lleva operados, bastantes epilépticos, con satisfactorios resultados.

TÉCNICA DE LA CRANEOTOMIA OSTEOPLASTICA.

Debiendo consistir esta intervención, en abrir amplia brecha en la calota craneana — levantando un colgajo ósteo-cutáneo, que se restituirá a su sitio más tarde — para tener acceso cómodo sobre la víscera cerebral en su superficie externa o *cortex* y en la subcortical a través de la precedente, a fin de poder actuar con los medios quirúrgicos sobre las lesiones que tienen más común asiento en la región Rolándica, por lo que se refiere a la epilepsia, dicho está que por la índole huesosa de la superficie craneal y por las membranas que recubren el encéfalo, y por la delicada estructura de éste y de aquéllas, la práctica de la *craneotomía*, debe sujetarse a ciertos rigorismos técnicos dados los peligros que supone el herir o maltratar órgano tan noble. (Peligros de *shock*, de *dislaceraciones de la pulpa cerebral*, de *ruptura de membranas*, de *hemorragia*, etc.).

En términos de una buena quirúrgica aplicada a la cirugía cerebral y de sus complementos : preparación del enfermo, anestesia, hemostasia, cuidados post-operatorios, etc., puede decirse que la *craniotomía osteoplástica* es una *operación bien reglada, benigna y exenta de efectos secundarios*, no obstante requerir cierta habituación. Su instrumental va perfeccionándose cada día.

Preparación del enfermo. — Por la importancia que tiene una operación en el órgano de más elevada jerarquía vital, será imprescindible asegurarse previamente del buen funcionalismo de conjunto, de todos los sistemas y aparatos, y por lo tanto no se omitirá exploración alguna, — del aparato respiratorio, circulatorio, urinario y digestivo en particular, — conducente a este fin.

Caso de encontrar en el enfermo que se debe operar un déficit funcional, se diferirá la operación hasta tanto que se haya restablecido la normalidad, y si fuere de índole crónica o irremediable, debe aquilatarse si su influencia puede repercutir sobre la salud general, después del acto quirúrgico y determinarse o abstenerse de operar — miocarditis, albuminurias, diabetes, asma, otros afectos nerviosos, etc. —. El examen de la *presión arterial* no podrá faltar en ningún enfermo antes de pasar a la operación.

Posición del paciente. — Algunos operadores emplean dispositivos especiales para sostener la cabeza, en las intervenciones del cráneo (HORSLEY-MORESTIN) ; otros añaden accesorios a las mesas de operaciones con el mismo objeto. Nosotros adoptamos la posición semisentada o sentada según los casos, apoyando la cabeza en almohadas rellenas de arena, cuya dureza y solidez permite practicar las distintas manipulaciones de la craniotomía, con comodidad y soltura. También puede permanecer la cabeza del operado, sujeta por un ayudante, y adoptando una actitud que resulte cómoda para ambos.

Anestesia. — Presente siempre el peligro de la anestesia general, en muchas operaciones, de las que no se exceptúan las del cráneo, desde el principio de nuestras intervenciones hemos preferido la anestesia local previa inyección de morfina, momentos antes de operar : nuestros enfermos han soportado sin molestias, en todos los casos, la craneotomía, lo cual indica que el éxito de esta anestesia en las operaciones de la bóveda craneal, depende de los cuidados que se pongan al practicar la infiltración de la zona a operar. Precisa tener cuenta en reducir esta infiltración, a los límites de lo que será línea de incisión o limbo del colgajo ósteo-cutáneo, y procurar introducir sub-periósticamente el líquido anestésico, sub-yacente a la infiltración de los tejidos blandos, para insensibilizar las partes óseas que comprenda el corte de la calota craneana.

El complemento de la inyección de morfina antes del acto operatorio (una hora), contribuye a conseguir una anestesia, a la vez que sosiega al paciente y no se da tanta cuenta de lo que pasa a su alrededor.

Con todo y prestar el sumum de garantías la anestesia local, en las intervenciones sobre el encéfalo, no debe descuidarse la vigilancia del pulso y de la respiración, pues se está expuesto a fenómenos de shock o inhibiciones de los centros respiratorios, por la índole del órgano en que se interviene, y las precisas violencias, que se procuran reducir al minimum, sobre la masa cerebral, por las maniobras que requiere la operación.

Hemostasia. — La practico colocando pinzas de *Maķas*, de trecho en trecho, a un centímetro por fuera de la incisión del colgajo. Su técnica es sencilla y debe abarcar todo el espesor de los tejidos pericraneales.

Corte del colgajo ósteo-plástico

Prescindo de detalles referentes a preparación del cráneo, pues no difieren de los corrientes en toda operación aséptica. Quiero hacer hincapié para el dibujo del colgajo, en las ventajas que reporta el trazado del *esquema de Kronlein*, sobre el cráneo del futuro operado, días antes de intervenir, al objeto de determinar sobre la calota ósea, la dirección y situación de las cisuras principales del encéfalo — de *Silvio y Rolando* —, pues ellas nos guiarán a través de la bóveda craneal, acerca los límites de las regiones corticales y por debajo de ellas los órganos o partes profundas del encéfalo, donde suelen radicar las lesiones epileptógenas de foco. Es del todo preciso que el Cirujano conozcan al dedillo la topografía cráneo-cerebral, como conoce las demás regiones del cuerpo. Desde luego, si el sujeto ofrece algún detalle somático local, como cicatrices de la piel del cráneo, faltas de sustancia ósea, zonas de hundimiento o abultamiento de los huesos craneales, entonces éstas servirán de guía para trazar el colgajo, incluyéndolas dentro de su zona, en la casi seguridad de que subyacente a estos puntos radicará la lesión orgánica que se busca, causa determinante de la descarga motriz ocasional — crisis convulsiva.

Teniendo presente lo que acabamos de exponer, nos dispondremos a incidir el colgajo ósteo cutáneo, atendidas la anamnesia de cada caso, procurando tenga la suficiente amplitud y permita manipular libremente sobre la lesión: la forma acostumbrada es de un cuadrado, de lados redondeados con base o pedículo inferior — temporal — que asegure un buen riego sanguíneo del colgajo, por contener los vasos temporales.

Al practicar la incisión del pericráneo, comprendo en un solo corte todo el cuero cabelludo, más el perióstitio que hago no se desprenda en gran extensión, excepción hecha de los puntos angulares (acodos de la incisión), donde adrede lo des-

prendo algo más y circularmente, por deber practicarse en estos sitios, los agujeros de penetración, mediante las fresas de *Doyen*, o coronas de trépano, hoy ya en desuso estas últimas.

Perforada la cavidad del cráneo por estos puntos, bastará seccionar el puente óseo que se extiende de uno a otro y de estos a la base del colgajo y para ello primero se introduce por estos agujeros un separador o depresor de la duramadre, que tiene por objeto deprimir esta membrana en el camino que deberá seguir el instrumento cortante de la superficie ósea de la bóveda, lo cual se efectuará, del modo que se indicará enseguida.

Sección del puente óseo, correspondiente al colgajo osteoplástico. Tendrá lugar siguiendo la sección del perióstio ya marcado (y separado) al practicar la sección de partes blandas correspondientes al colgajo. Puede efectuarse de varios modos y a esta sazón es curioso saber que en la primitiva craneotomía (*Wagner*) se lograba gracias al martillo y escoplo; más adelante se echó mano de una gubia de corte angular (*Chippauld Keen*), que facilitaba mejor la sección del hueso: últimamente se aplicó a este menester la sierra de *Gigli* que no producía conmoción cerebral y la sección del hueso era limpia: en fin, hoy son dos los útiles que más se usan, a saber las cizallas mordientes (*Montenoans y Doyen*) y los ganchos cortantes de *Dalhgreen* y *De Vilbiss*, que practican secciones limpias de dos a tres milímetros de grosor sin riesgo para la duramadre.

Actualmente usamos con notorias ventajas sobre los consiguados, principalmente en tiempo y regularidad del tallado óseo, los dispositivos movidos por motores eléctricos, modelo de *Martel*.

Una vez tallado el hueso al que va unido la piel del cráneo, pues ésta no debe separarse de su inserción ósea, resta solo derribar el pedículo óseo, que se hará fracturándolo, a lo que ayudará la palanca de *Colin*, bien que previamente habremos debilitado la resistencia del hueso con dos pequeñas secciones a los lados del colgajo.

Sección de las cubiertas del cerebro. Levantado el postigo o ventana formado por el colgajo, se examinan con deteni-

miento las meninges y de no presentar la duramadre alteración alguna (adherencias, esclerosis, cicatrices, engrosamientos, etc.), la seccionamos mediante tijeras y pinzas, dando a la sección igual forma que la del colgajo, si bien será de un poco menos de extensión que este.

Ranversando hacia fuera este colgajo, aparece la meninge *aracnoides*, cuya transparencia hace visible la red vascular del cerebro que serpentea por entre las circunvoluciones, y así mismo se aprecia la superficie del cerebro a través de ella. Estamos ya en pleno campo operatorio y es frecuente hallar, caso de ser cierto la existencia de alguna lesión epileptógena, la aracnoides ingurgitada o edematosa debiendo dar salida a su contenido seroso, con pinzamientos efectuados en distintos puntos de la misma, que bastarán, dada su extrema finura, para ser evacuado : pueden encontrarse también zonas de engrosamiento de esta membrana que se extirpan con pinza y tijera, previa incisión circular de su perímetro o contorno : La masa cerebral, por su contextura semi-blanda, acostumbra latir isócrona con el pulso y de no existir este pulso cerebral, puede denotar o bien exceso de hipertensión del líquido-raquídeo, o presencia de tumor sub-cortical : la comprobación de tumor, se hace excitando eléctricamente, las zonas motores del *cortex* : de no haber contracción del miembro correspondiente al centro que se excita, es segura la existencia de una neoplasia focal, que podrá ser fácilmente extirpada con la espátula si es pequeña y encapsulada : de ser grande y no muy difundida, podrá extraerse por fragmentación, previa una pequeña resección ovalar de sustancia gris cortical, que cubriera la tumoración.

Para investigar la existencia de quistes sub-corticales o ventriculares, procédese a practicar punciones en la masa cerebral, y en sentido vertical, con cánula delgada y larga de acero ajustada al cuerpo de bomba de una jeringa que practique bien el vacío, para hacer suaves aspiraciones y comprobar la extracción o falta de líquido : si saliera líquido, retirese la aguja y procédase a actuar con los rigorismos quirúrgicos propios del caso, por ser indicio seguro de la existencia de un quiste sub-cortical (incisión, evacuación, raspado de paredes o extirpación de la bolsa quística, según los casos y su adherencia a la masa cerebral).

Durante esta manipulación, sino se hace con extrema dulzura, pueden presentarse hemorragias profusas, que obligaran a cerrar prontamente el campo operatorio. Puede dejarse, drenaje, mediante unos crines que no causarán molestias sobre la delicada pulpa cerebral.

Es frecuente que en los primeros momentos de la craneotomía, se presenten ataques convulsivos, máxime si se producen presiones sobre la masa cortical del cerebro. Este accidente no es impedimento para que se siga adelante. También pueden ocurrir fenómenos de *Shock*, al abrir las meninges, por derrame del líquido céfalo-raquídeo; las alteraciones del ritmo de la respiración son consecuencia de exageradas presiones cerebrales; debe tenerse presente que las ligaduras de arterias puede traer consecuencias desagradables para el cerebro (reblandecimiento). Todos estos posibles incidentes, además de los peligros sépticos, peculiares a toda intervención, hacen de la craneotomía, sino una operación inocua, por lo menos de indole algo delicada, como ya hemos consiguado antes.

Antes de ocluir la brecha craneana, volviendo a colocar el opérculo al sitio de donde se extrajo, mediante puntos de catgut que unan el perióstico craneano incindido, evitando su hundimiento, a lo que coadyuva así mismo la reunión de los bordes cutáneos de todo el perímetro del colgajo, que capilar, antes de ejecutar todo esto, bueno será examinar la constitución del fragmento o postigo óseo de referencia, y de estar sano procédase al cierre, pero si ofreciera alteraciones histológicas, atrofia, pérdidas de substancia, esquirlas desprendidas, hundimiento de la lámina vítrea, esclerosis del díploe, etc., entonces lo mejor para la reconstitución de la bóveda craneana, será prescindir del opérculo cortado, extirpándolo de su inserción cutánea y disponerse a hacer una prótesis, mediante una plastia cartilaginosa — craneoplastia cartilaginosa — que presta los mejores servicios en casos de esta indole (6).

(6) Es frecuente tener que recurrir a la plastia cartilaginosa en casos quirúrgicos de epilepsia traumática, por conservar la pared ósea craneana, estigmas indelebles de la injuria, que le inhabilitan para reparar la falta de hueso—adherencias, cicatrices, etc.

En uno de mis enfermos hube de proceder así, siguiendo la técnica del malogrado doctor *Morestin*, creador de estas plastias. Si bien que difiriendo de ella, en lo que hace relación con el fijar la plastia cartilaginosa a los tejidos vecinos del lugar de la reconstitución, según diré más adelante.

Operación descompresiva. — Válvula de Kocher, en la terapéutica de ciertas epilepsias. — No es raro, que al practicar la craneotomía osteoplástica en sujetos con mayor o menor Jacksonianismo, nos encontremos con falta absoluta de lesiones macroscópicas de la masa cerebral; en vista de ello se ha dado en pensar (*Jonesco, Kocher, Krauss*) en un origen compresivo sobre el cerebro, productor del cuadro de convulsiones. El mecanismo de esta compresión estaría vinculado a modificaciones repentinas de la irrigación cerebral o aumentos masivos del líquido céfalo raquídeo, que se traducirían en exageradas tensiones intra-craneales que repercutirían sobre la zona psico-motora, originando la explosión motora, originando la explosión motora epiléptica.

Dada esta hipótesis que multitud de hechos clínicos y experimentales abonan, las intervenciones terapéuticas serían limitadas a procurar un aumento de la cavidad craneana, extirpando, una porción ósea de su pared, como se practica en la operación de Kocher — válvula de Kocher — resecando con cizalla, una porción del colgajo osteoplástico, que recaiga en la zona limite o *línea de fractura* del mismo, antes de proceder a la oclusión del cráneo sin suturar la dura madre.

En nuestros casos, como se verá en la adjunta exposición, hemos practicado alguna vez la *válvula de Kocher*, logramos resultados muy buenos unas veces, y otras efectos paliativos muy notables.

EXPOSICIÓN ABREVIADA DE MIS INTERVENCIONES EN EPILEPSIAS JACKSONIANAS Y TRAUMATICAS

Caso I. — A. D., de 21 años, soltero : Ingresa en el Hospital de la Santa Cruz el 20 de Marzo de 1921.

Antecedentes familiares : Padre murió de pneumonia : Madre vive. Hermanos sanos. Ignora datos de sus colaterales :

Antecedentes individuales : Mastoiditis a los 14 años, que fué intervenida. Onanista durante muchos años : sufre neuralgias con los cambios atmosféricos. A los 19 meses de edad sufre una caída desde la altura de un primer piso, dando de cabeza en el suelo ; recibe asistencia en el Hospital de la Santa Cruz, donde le aplican hielo en la cabeza, no presentando convulsión alguna, pero si *shock* que duró 6 o 7 horas. Queda restablecido sin complicación alguna.

Hábito individual. Estatura mediana, complexión débil, carnes flojas : no presenta estigma degenerativo alguno. Gran comedor. No alcohólico.

Exploración. De la que hizo el doctor Barraquer con su habitual pericia entresacamos los siguientes datos : *Sentidos*, normales : *Reflejos*, idem ; *Sensibilidad general*, sin alteración : *Lenguaje*, sin trastorno de emisión de la palabra : *Movimientos*, perturbados : Hemiplegia incompleta del lado izquierdo : contractura poco manifiesta : los reflejos denuncian lesión del sistema piramidal : *Psiquismo*, normal : *Memoria*, algo exaltada, pues refiere con minuciosidad de hechos y fechas todas sus ocurrencias. Le agrada la vida tranquila.

Examen de la cabeza. Conformación regular, excepto en el lado derecho en el que se aprecia un ligero aplastamiento del parietal, en una faja de 6 centímetros de largo por 1,5 centímetros de ancha. Aspecto atrófico de la pared ósea, en este sitio.

Examen radiográfico. Rarificación ósea, a nivel de la zona de ligero hundimiento en la región parietal (fig. 1).

Enfermedad actual : *Evolución*. En plena salud, sin motivo a que achacarlo, presentó el 6 de Marzo de 1917, el primer ataque convulsivo al que sucedieron muchos más, sin regularidad alguna en su presentación. Ultimamente, pasan 6 u 8 semanas de uno a otro ataque. El tipo de los ataques, era francamente Jacksoniano : comenzaba con hiperestesia por todo el miembro superior izquierdo (áura sensitiva), a la que sucede una serie de contracciones en el mismo, al principio ligeras, para más adelante acentuarse hasta llegar al clonismo. Al iniciarse el ataque, toma parte a veces, la contracción de los músculos faciales, con privación seguidamente.

Diagnóstico : Dada la forma de los ataques, era indiscutible el de *Epilepsia Jacksoniana*, consecutiva y originada por el traumatismo del cráneo, ocurrido en la edad infantil. Su aparición ha sido notoriamente tardía.

Tratamiento. Fracasen todas las medicaciones farmacológicas y se decide acudir a la *operación*. *Craneotomía temporoparietal derecha*. Se llevó a cabo el 10 de Abril de 1921 : bajo anestesia por el eter. Siguiendo la técnica expuesta en párrafos anteriores, se practica la abertura de la cavidad craneana y al derribar el colgajo ósteo-cutáneo, se consigue con suma facilidad debido a la delgadez del tejido óseo de la región operada, correspondiente a la zona del hundimiento que ofrecía el cráneo. En la superficie cortical del cerebro se aprecia desaparición de la dura madre, reemplazada por un tejido fibroso que ofrecía una zona pequeña redondeada y algo deprimida, la que puncionada en su centro dió lugar a la salida de líquido seroso que denunciaba la presencia de un *quist*e seroso. Esta cavidad quística radicaba debajo de la circunvolución frontal ascendente, en su parte media e inferior, centro de movimiento del brazo y la cara, sitios por los que se iniciaba el ataque de epilepsia. Inciando y vaciando por completo el quiste, y paso a extirpar la membrana que tapizaba sus paredes y fondo y al desprender la del fondo, se presenta una hemorragia intensa que tarda en cohibirse ; lograda por fin la hemostasia con tapones de gasa y convenido de que no quedaba resto alguno de membrana quística, dí por cumplida la actuación quirúrgica y previa resección de un fragmento de hueso del colgajo óseo — *válvula de Kocher* — procedí a restituir éste a su sitio, coaptándolo con suturas conforme a la técnica expuesta antes, dejando un pequeño drenaje, mediante crines.

Las circunvoluciones vecinas al quiste, no presentaban alteración. *Curso post-operatorio*. Descontados unos ataques convulsivos, ocurridos al segundo y tercer día de la operación, que siempre se presentan en toda intervención sobre el encéfalo y que no complican el curso post-operatorio, éste siguió dentro de la normalidad, sin incidentes.

Retiré el drenaje al cuarto día y levanté las suturas al doceavo.

A raíz del acto operatorio, aumentó la parálisis del brazo izquierdo, molestándole bastante el espasmo muscular que le impedía el movimiento de la mano. Para combatir este trastorno se instituyó un tratamiento eléctrico y masoterápico, consiguiendo grandes resultados si bien que al cabo de meses, lográndose normalizar bastante la función motriz de la extremidad referida, si bien persistió una ligera paresia de los dedos de la mano, que no era obstáculo para el ejercicio de las funciones de esta parte. Los ataques convulsivos cesaron desde la intervención.

Ultimamente hemos tenido ocasión de volver a explorar a este sujeto comprobando con la natural satisfacción que la paresia de los dedos ya no existía, que su estado general había mejorado notablemente en los 4 años y medio transcurridos desde la craneotomía, y que no había vuelto a tener ataques, según declaración del interesado. Practicamos una radiografía del cráneo y confirma la persistencia de la *válvula de Kocher*, la cual prueba es ya definitiva (fig. 2).

Caso II. — L. F., soltero, de 39 años, natural de Córdoba (Argentina), Ingresa en mi clínica particular, el 3 de Noviembre de 1924.

Antecedentes familiares : Padre murió hace tiempo de uremia : 8 hermanos : uno murió en la primera infancia.

Antecedentes individuales : Buena salud habitual : sujeto de aspecto robusto. Manifiesta haber sufrido un traumatismo en la cabeza (región fronto-parietal izquierda), el 17 de Enero de 1915, por disparo de arma de fuego, cuyo proyectil pasó rozando y lesionó el hueso, lo que requirió una esquirlectomía, que se efectuó a las pocas horas del accidente. Después de esta intervención quedó con afasia y parálisis de las extremidades de lado derecho, además presentó alexia, agrafía y amnesia al cabo de unos treinta días, desaparecieron gradualmente los trastornos de la motilidad, quedando solamente una pequeña amnesia. Se restablece del todo y hace vida normal.

Enfermedad actual : Evolución : Pasados tres meses del accidente reseñado, un día al irse a acostar, presentó por

vez primera un ataque convulsivo con todos los caracteres del ataque epiléptico : más tarde fueron repitiendo estos ataques, sin regularidad en su aparición, alcanzando, según detallada nota de fechas que exhibe el paciente, a un total de 78, en 9 años.

Las convulsiones no eran de tipo Jacksoniano, pues aparecían sin áura, ocurriendo la privación de un modo súbito y enseguida la explosión convulsiva. Faltaba el cuadro de epilepsia Jacksoniana a pesar del antecedente traumático craneal. Después de la crisis, quedaba atontado y con gran anorexia.

A pesar de los ataques y de la zozobra en que le tenían, su estado general no se alteró.

Exploración : Sentidos, normales. *Reflejos*, el rotuliano algo exaltado. *Sensibilidad general*, no ofrece alteración. *Lenguaje*, sin trastorno alguno. *Motilidad*, lentitud en ciertas actuaciones, andar pausado. *Psiquismo*, normal. *Inteligencia*, cultivada. *Afecciones* : Exquisita sensibilidad moral : actualmente preocupado, por la indole de su dolencia, de la que tiene plena conciencia. Sistemas orgánicos en completa normalidad.

Presión sanguínea : Máxima, 14. Mínima, 8. Orines normales.

Exploración de la cabeza : Cicatriz retractil adherida a una superficie de depresión ósea, del lado izquierdo.

Examen radiológico del cráneo : Conformación y estructura ósea normales : se aprecia en la región fronto-parietal izquierda, una pequeña área ovalada de gran transparencia, indicando una pérdida de substancia ósea en aquel sitio — Véase figs. 3 y 4. — También se nota una pequeña opacidad de bordes irregulares, que revela ser un cuerpo extraño, alojado en pleno parenquima cerebral a la altura de la fosa temporal izquierda, por debajo y al mismo nivel de la pérdida de substancia reseñada — Véase las figuras precedentes.

Por los antecedentes que quedan anotados, del presente caso, la pérdida de sustancia corresponde al lugar de la lesión ósea que causó el disparo de arma de fuego, cuyo proyectil fracturó una pequeña área de hueso, y seguramente una partícula del casquillo al chocar con los fragmentos óseos se des-

prendió y a impulso de la velocidad inicial se desvió hacia dentro del cráneo quedando alojada en el sitio cuya presencia revelan las adjuntas fotografías, correspondientes a un pequeño cuerpo extraño.

Diagnóstico : Aunque el factor traumatismo craneano y cuerpo extraño intra-cerebral, predisponen al diagnóstico clínico de *Epilepsia Jacksoniana*, no podemos afirmar este diagnóstico por cuanto las convulsiones, según ya hemos dicho, no eran parciales y por lo tanto no delatan lesión de foco, circunstancia que no deja de ser rara en este caso. Pero, dado que las crisis se establecieron a raíz del accidente traumático y que la calota craneana confirma estar lesionada desde entonces, cabe etiquetar el presente caso en las *epilepsias traumáticas*, haciendo la salvedad, de que la causa de las convulsiones no serían debidas a esquirlas óseas, desde el momento que se procedió a extraerlas a raíz del accidente, confirmando además la radiografía, una pérdida de sustancia ósea en el sitio del traumatismo aludido. Como presunción, cabe pensar en que este pudo ocasionar una lesión de las meninges, o de la pulpa cerebral que actuando como estímulo epileptógeno, ocasionaba las crisis convulsivas.

Tratamiento : En consideración a la ineficacia de las medicaciones ensayadas en este individuo, y en atención al hecho traumático craneal, se impone por si misma la indicación operatoria (craneotomía exploradora) con objeto de apreciar las lesiones que aquel pudo determinar en el cerebro y proceder a su exéresis.

Operación : *Craneotomía osteoplástica* ; *colgajo fronto-parietal izquierda*. Anestesia local por infiltración y subperióstica previa inyección de morfina media hora antes de operar, circunscribiéndonos al área de la incisión y de la sección ósea Hemostasia preventiva, con las pinzas de *Maķas*.

Incisión del colgajo (véase fig. n° 5 que pasa a tres centímetros por fuera de la cicatriz del cuero cabelludo : separación del perióstio hasta encontrar la pérdida de sustancia ósea : extirpación del tejido fibroso que reemplaza el hueso : separación de la dura madre de la superficie interna de la calota craneana, para no hierla al seccionar el hueso ; por el orificio que queda de la pérdida de sustancia ósea, intro-

duzco el trépano de *Martel* y trazo el corte del colgajo óseo, dándole la forma acostumbrada. Como se ve, por esta descripción, la técnica varió un poco de la descrita, pues no tuve que practicar orificios de penetración, ya que aproveché la pérdida de hueso existente en la calota craneana para insinuar por ella el trépano: la trepanación resultó costosa por la considerable dureza del tejido óseo del cráneo.

Levantado el colgajo que acabábamos de tallar en sus partes cutánea y ósea, auxiliádonos con el elevador de *Collin*, se ofreció la dura madre sana si bien que adherida a la masa cerebral y engrosada al igual que la aracnoides, en una superficie que coincidía con el sitio del traumatismo de la calota del cráneo del que tantas veces hemos hecho mención.

Explorado este punto compruebo la existencia de un quiste seroso tamaño de un huevo de paloma, asentado en plena circunvolución fronto-parietal ascendente, que comprimía la masa cerebral en una profundidad aproximada de un centímetro sin destrucción de la misma (fig. 6).

En vista de esta disposición de las lesiones, habíase de achacar la causa de las convulsiones a esta compresión, que determinaría trastornos de asociación nerviosa a la vez que circulatorios, con determinismo especial a toda la superficie cortical, motivos más que poderosos para actuar como estímulos epileptógenos.

Puncionado el quiste y vaciada su cavidad (saliendo un líquido cetrino en cantidad aproximada de unos 10 centímetros cúbicos), extirpo la membrana quiste y queda la substancia cerebral desembarazada del tejido anómalo.

No me preocupé de retirar el fragmento metálico, procedente del casquillo por no creer perturbará el funcionalismo nervioso.

Dejo un pequeño drenaje con unas crines en la cavidad resultante de la extirpación del quiste, para facilitar el rezume sanguíneo y procedo a suturar la duramadre y unir las superficies óseas del colgajo, con la calota craneana, mediante puntos de catgut prendidos en el perióstio correspondiente a ambas superficies. Puntos practicados con crin de Florencia, mantuvieron unidas las secciones cutáneas del colgajo. Para obturar la pequeña pérdida de substancia ósea, procedo a ha-

cer un injerto cartilaginoso, con cartílago captado de la arca condral y moldeado convenientemente para ocluir de un modo completo el orificio óseo. Contrariamente a la técnica de *Morestin*, quien ha implantado estas plastias cartilaginosas, y que dice no debe suturarse el cartílago a los tejidos vecinos que debe obturar, yo fijé el ipérculo de cartílago mediante catgut al perióstio de la región que ocluía con el fin de evitar su desplazamiento (fig. 7).

NOTA. La anestesia local respondió de un modo admirable, tolerando bien el enfermo la intervención.

Curso post-operatorio. El operado no presentó *shok* y reaccionó bien al acto operatorio. A las veinte horas siguientes presentó un ligero ataque de epilepsia. El segundo día repiten nuevas crisis en número de cinco : se retiran los crines y se administra 10 cg. de luminal y una poción con un gramo de bromuro de potasio y estroncio respectivamente. Día tercero de post-operación presenta siete ataques más ; tres de bastante intensidad. Día cuarto : dos ataques, pero el último muy ligero. Desde entonces cesan los ataques : aqueja cefalalgia. En vista de ello, se suprime el bromuro y se administra aspirina.

Día 17 de Noviembre. Por haberse formado un pequeño hematoma, en la parte correspondiente a la cicatriz cutánea, se punciona y se extraen 10 c. c. de líquido sero-hemático. El día 23 de Noviembre, se retiran los puntos de sutura y el enfermo se halla en vías de franca curación, saliendo de la Clínica el 6 de Diciembre, sin ningún malestar, sin haber presentado ningún otro ataque y con un estado de euforia que se reflejaba en su buen aspecto general, que contrastaba con la depresión de ánimo que ofrecía a su ingreso (fig. 8).

Con fecha 1° de Septiembre último he tenido noticias de este operado, por correspondencia, postal, desde Buenos Aires, punto de su actual residencia, dándome cuenta de su perfecto estado de salud, no habiendo tenido ningún otro ataque desde la operación. Este favorable estado del paciente, hoy sano del todo, nos da la razón de habernos abstenido de buscar el fragmento metálico alojado en plena masa cerebral, abstención motivada en primer término, por no radiar en la zona psico-motora, y de consiguiente creer que

no era la causa de las convulsiones : en segundo lugar, por que, la rebusca de dicho fragmento, dada su pequeñez, era tarea incierta y expuesta a fracasos, amén las dislaceraciones que suponía sobre la masa cerebral, que a buen seguro le hubiera acarreado alguna perturbación de resultados imprevisitos.

Es ya sabido, que ciertas zonas cerebrales ofrecen marcada tolerancia para cuerpos extraños alojados en su seno, y el cuerpo metálico de este sujeto, asevera este conocimiento, desde el momento que su permanencia en la zona cerebral no acarrea trastorno alguno.

Caso III. — M. O., ebanista, de 27 años, casado. Ingresa en el Hospital el 11 de Marzo de 1925.

Antecedentes familiares : Padres vivos y sanos. Trece hermanos, de los cuales viven dos, sanos.

Antecedentes personales : Viruela cuando niño : a los 9 años sufrió una caída en sus juegos de chico, recibiendo fuerte golpe en la cabeza.

A los 18 años, una blenorragia y una indigestión, de cuyas resultas estuvo en cama cinco semanas. Desde la convalecencia de esta enfermedad, presenta unos ataques que se describirán enseguida, sin trastorno general de su salud.

Enfermedad actual : La constituye los ataques supra dichos, cuya frecuencia en los 9 años que los ha presentado, era por demás variable : estos comenzaban por una contractura del muslo derecho, seguida de intenso hormigueo cutáneo que iba ascendiendo por la región lateral del propio lado, tronco y torax, y al llegar al cuello le sobrevenía la privación y enseguida hacía explosión el ataque convulsivo, de forma genuina o generalizada.

Exploración : *Sentidos*, expeditos. *Motilidad*, en perfecto estado ; tan sólo después del ataque le queda una ligera contractura de la pierna que desaparece a los dos días. *Intelecto*, normal ; no presenta aberración alguna. *Funciones orgánicas*, normalidad completa. *Orina*, normal.

Exploración del cráneo : A la palpación se descubre una ligera depresión ósea con una cicatriz antigua, situada lon-

gitudinalmente, entre parietal y frontal izquierdo, sitio en que recibió el golpe al caer, según antecedente expuesto.

La prueba radiográfica de esta parte, demuestra « pérdida de sustancia ósea, en forma de geoda, por debajo de la cicatriz ».

Diagnóstico : Epilepsia Jaksoniana. Indicación de tratamiento quirúrgico : Lo constituía la persistencia de los ataques y el presentar un carácter netamente de epilepsia parcial, en sus comienzos, aunque después viniera la generalización convulsiva, fenómenos que se asocian en muchos casos :

Operación : Craneotomía. Colgajo fronto-parietal osteo cutáneo de base posterior. Tuvo lugar el día 1° de Abril de 1925. Anestesia local por infiltración al practicar el tallado del colgajo, se incluye en él la región del ligero hundimiento de la calota, pues como es regla en las lesiones traumáticas del cráneo, las de foco siempre corresponden por debajo inmediato del punto donde se sufrió el trauma. En efecto, levantado el colgajo ósteo-cutáneo se aprecia enseguida coincidiendo con el referido punto las lesiones que a continuación se consignan, según dictamen del doctor Barraquer, quien presenció la operación.

« Al levantar el colgajo, se encuentra en la cara interna una alteración de la estructura ósea del mismo, consistente en un espesamiento del hueso, haciendo ligera prominencia interna ». « Duramadre con engrosamiento al mismo nivel, más hacia la parte anterior (frontal) ». « Abierta la duramadre, infiltrado poco transparente y congestión de la aracnoides y piamadre, al mismo nivel de la lesión anterior y en forma irregular ».

« La infiltración generalizada que disminuye la transparencia de estas membranas resulta bien perceptible al nivel de los vasos venosos principales donde forma hilos inflamatorios que continúan en la dirección del vaso ».

« Al objeto de saber si es una lesión superficial obligada de una alteración profunda y cortical de importancia y especialmente en busca de lo más frecuente en estos casos ; quistes y cicatrices, fenómenos inflamatorios y residuales, para este objeto se hacen varias punciones exploradoras al nivel de la región Rolándica principalmente y de las circunvolu-

ciones motoras próximas a esta región, en número de seis en un campo a distancias de unos 3 cm. aproximadamente, entre ellas ». « Estas punciones profundizaban desde pocos milímetros a un centímetro y viendo que no salía líquido, alguno del parenquima y que la aguja no encontraba resistencias, por efecto de cicatrices se decide la formación de la *válvula de Kocher*, para conservar este espacio de la corteza descongestionado y descomprimido ».

Curso post-operatorio. A las pocas horas de operado tiene un ataque epiléptico igual a los que padecía : el segundo día tuvo tres más, uno muy intenso.

Presenta paresia del brazo y mano derecha que desapareció a los dos días : a partir de aquí, la mejoría se acentúa de un modo progresivo y se le da de alta el 16 de Abril.

No ha presentado ningún ataque más.

Pondré fin a esta exposición de casos clínicos, con otro caso de epilepsia genuína, para que haga contraste con los precedentes Jacksonianos y traumático, toda vez que el resultado de la craneotomía quirúrgica de las epilepsias no se circunscribe a estos últimos sino que tiene también indicaciones precisas en las demás formas clínicas de esta enfermedad, si no interviene el factor herencia familiar.

Caso IV. — E. S. de 25 años, casado, sin antecedentes familiares hereditarios : hermanos sanos, sin tara neuropática. Los individuales son, una neumonia y gastricismos : sus padres aseguran, que en su infancia sufrió un golpe en la cabeza.

Exploración : Sensibilidad, sin alteración alguna. *Reflejos*, normales. *Sentidos*, buenos, presenta ligera miopia. *Lenguaje*, voz apagada ; ligera desartria en la pronunciación labial : bradilalia en las proximidades del ataque. *Psiquismo*, moral intachable : ideación lenta, marcada amnesia, emotividad intensa, a veces impulsivo. *Movimientos*, lentos, se fatiga prontamente. *Sistemas orgánicos*, normales.

Enfermedad actual : Data de 8 años fecha : el primer ataque se presentó de noche. El cuadro convulsivo es netamente de epilepsia genuina si bien presenta mayores convulsiones

en el lado derecho, y las áuras son diversas : el período de cama es pronunciado y la amnesia completa.

Las crisis se hacen más frecuentes cada día, siendo diarias últimamente, y en vista de todas las medicaciones ensayadas se me consulta para intervenirlo y de acuerdo con el notable neurólogo doctor Barraquer, así lo decidimos previa la venia de la familia.

Diagnóstico : Epilepsia esencial. Operación. Ingresa en mi clínica particular, el 17 de Febrero de 1920.

Craneotomía ósteo-plástica-parieto-occipital izquierda, con pedículo temporal.

Anestesia general por el eter, bien soportada.

Prescindiré de los detalles de técnica de la craneotomía, por estar compuestos ya y solo consignaré los particulares de la intervención. Al levantar el colgajo ósteo-cutáneo presenta el enfermo un pequeño *shock*, que se resolvió por sí mismo : la alteración macroscópica que ofrecía la superficie cerebral consistía en franjas blanquecinas en el trayecto de los vasos meníngeos posiblemente debidos a gliosis, por ser esta la lesión más común de las epilepsias esenciales.

Practiqué la *válvula de Kocher*, en una área de cm. 5 de ancho, por 2,5 cm. de alta.

Este operado, viene a nuestra consulta de vez en cuando habiendo tenido ocasión de comprobar en el espacio de cerca de seis años, la mejoría notable del mismo, al extremo que parece otro sujeto distinto del de antes, así en lo que atañe a su estado de nutrición, como a su estado de nutrición, como a su psiquismo más exquisito que antes de la operación. No ha tenido ataques, pero muy de tarde en tarde, presenta ligerísimos vértigos y pequeñas auras, que no constituyen molestias para él. Puede afirmarse que está curado clínicamente.

De todo lo expuesto, podemos entresacar las siguientes.

CONCLUSIONES

1a. La fisiopatología del sistema nervioso central, de acuerdo con la Clínica, aseveran la existencia de daños localizados en el *cortex*, que obran a modo de estímulos epilépticos, produciendo crisis convulsivas de origen focal (Jacksonianas y traumáticas).

No ocurre lo mismo con la epilepsia genuina cuyas causas, hoy por hoy, son bastante imprecisas, aunque es creencia sean de naturaleza degenerativa.

2a. La Quirúrgica, en respuesta a la precedente conclusión, debe actuar sobre la superficie cerebral, meninges o calota craneana, anulando las lesiones que asientan en estas regiones, que es tanto como combatir radicalmente las causas de la epilepsia.

3a. La *craneotomía*, o colgajo ósteo-plástico, resulta ser, tomando las medidas de rigor, una operación benigna, sin complicaciones ulteriores.

La *válvula de Kocher*, resuelve los fenómenos de *alta tensión intracraneal*, causa de crisis convulsivas, de síndrome epiléptico.

4a. La epilepsia genuina, puede alcanzar mejoras notables con la craneotomía y el establecimiento de la *válvula de Kocher*, conforme nos lo ha demostrado nuestra experiencia.

5a. Las convulsiones que presentan los operados de craneotomía a raíz de la operación no complican el curso post-operatorio.

★
★ ★

**Il ne faut pas être trop pessimiste dans l'appréciation
des résultats éloignés de la trépanation pour
épilepsie jacksonienne**

par le Dr. L. MAYER, Bruxelles.

Le rapport si documenté et si objectif de notre éminent collègue, Monsieur le Professeur Leriche, pourrait, si nous n'y prenions garde, nous laisser l'impression fâcheuse que la trépanation ne donne que des déboires dans l'épilepsie jacksonienne. Tel n'est certes pas son opinion et c'est pourquoi je voudrais très brièvement vous relater quelques cas où les résultats remontant à plusieurs années, sont restés excellents.

Je vous citerai d'abord l'observation d'un officier anglais, âgé de 31 ans, victime, peu avant l'armistice, d'une explosion d'obus, éclaté à proximité de l'oreille droite. La déflagration avait produit une déchirure du tympan avec abolition de l'ouïe et consécutivement une otite moyenne ; peu à peu survinrent, outre l'otorrhée, des phénomènes de commotion labyrinthique (vertige, bourdonnements d'oreille, céphalagie fronto-pariétale violente). A ces symptômes d'interprétation facile s'étaient ajoutés depuis six mois des signes de compression cérébrale (pouls ralenti, attaque épileptoïdes). Ces accidents m'avaient fait supposer un abcès intracranien malgré l'absence de fièvre et de papille de stase.

Etant de passage à Bruxelles, l'officier fut pris d'une série de crises épileptiformes violentes se répétant plus de dix fois par jour et s'accompagnant de vomissements incoercibles et de maux de tête atroces. Le 6 novembre 1920, je pratiquai avec l'aide de mes excellents confrères, les docteurs Merckx et Beckers, l'évidement pétro-mastoïdien ramenant les osselets cariés et des fongosités de la caisse et des cellules mastoïdiennes ; trépanation temporale décompressive : le cerveau ne bat pas ; incision de la dure-mère d'où s'écoule une quantité appréciable de liquide limpide paraissant enkysté. Suture, drainage par le conduit auditif.

Depuis l'opération, il n'y a plus eu d'attaques ni de vomissements, et la céphalagie a disparu après quelques jours. Une lettre reçue il y a quelques semaines me confirme que la guérison s'est parfaitement maintenue depuis près de 6 ans.

S'agissait-il d'une méningite séreuse par irritation de voisinage ou d'un kyste séreux inflammatoire : il est difficile de l'établir ; mais il me paraît que ce cas est intéressant — non pas seulement par le résultat opératoire bien banal — mais plutôt par la démonstration des communications lymphatiques entre les espaces sous-arachnoïdiens et l'oreille interne, sur lesquels Choquet a attiré l'attention il y a quelques années.

Un deuxième cas concerne une jeune fille actuellement âgée de 25 ans, chez qui, à la suite d'une chute sur la tête s'était développé progressivement un syndrome de tumeur

cérébrale avec attaques épileptiformes ; la trépanation temporale me fit découvrir une fêlure de la table interne avec exostose et réaction méningée. J'incisai la dure-mère après résection osseuse et, pour éviter des adhérences, j'implantai une greffe graisseuse prise à la face externe de la cuisse. La guérison s'est parfaitement maintenue.

Dans un troisième cas, tout à fait analogue il s'agissait d'un homme de 38 ans chez qui s'étaient développés, sans cause connue, des symptômes d'épilepsie jacksonienne. La trépanation me fit découvrir un kyste hématique du volume d'une noix ; l'incision suivie d'implantation graisseuse donna également une guérison définitive.

Je sais bien que ces cas heureux sont plutôt exceptionnels ; du moins doivent-ils nous encourager à persévérer dans nos tentatives de cure chirurgicale de l'épilepsie jacksonienne.

★
★★

Réponse du Docteur LERICHE (Strasbourg)

Je remercie les chirurgiens qui ont bien voulu argumenter mon rapport, notamment les Professeurs Alessandri et de Quervain qui nous ont apporté des suggestions intéressantes et des faits précis.

Je n'ai à répondre à personne. Je n'ai défendu aucune théorie. Je n'en ai pas. J'ai voulu simplement vous exposer des faits montrant la question sous un point nouveau. Si vous me permettez cette expression, j'ai voulu faire tourner le Kaleïdoscope, pour examiner des arrangements nouveaux afin que dorénavant on étudie l'épilepsie sous un angle différent.

Je me permettrai simplement d'insister encore devant vous sur l'intérêt qu'il y a désormais à serrer le problème de très près, par exemple du point de vue anatomo-pathologique. Il est nécessaire que nous saisissons toutes les occasions d'examiner histologiquement l'écorce cérébrale à la limite de la zone de cicatrice. S'il y a une raison anatomique à l'épilepsie jacksonienne c'est certainement aux jonctions

de la cicatrice et du tissu cérébral sain qu'on doit la trouver.

Mais ce n'est là qu'un côté de la question. Et je pense que si l'on veut faire progresser nos connaissances sur ce sujet difficile et obscur, il faudrait que tous à partir de maintenant, nous faisons porter notre effort sur les points suivants :

1° Etat histologique de la cicatrice cérébrale et spécialement de sa jonction au tissu sain.

2 Rôle des variations de tension du liquide céphalo-rachidien.

3° Rôle possible de l'infection résiduelle des cicatrices cérébrales dans l'explication des encéphalites progressives qui tuent certains malades sans que nous en connaissions la cause.

4° Efficacité des irradiations sur l'évolution des cicatrifications et des cicatrices névrogliques.

5° Efficacité de la reconstitution plan par plan d'Alexandri.

6° Efficacité de la thérapeutique liquidienne.

C'est seulement quand ces différents points auront été étudiées avec soin, que nous pourrons dans quelques années reprendre utilement l'étude de l'épilepsie jacksonienne en le comprenant mieux.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ROME — 9 AVRIL 1926

A 10 H. 30

Présidence du Prof. CH. WILLEMS (Liège)

Président du Comité international.

Rapport de M. le D^r Mayer

Secrétaire général de la Société

Messieurs,

Mon premier et très agréable devoir au début de cette séance est d'adresser mes plus vifs remerciements à MM. ALESSANDRI et DOMINICI qui ont assumé la lourde tâche d'organiser avec un dévouement dont je les félicite notre VII^{me} Congrès. L'affluence inespérée des membres qui ont adhéré à ce Congrès et dont le nombre atteint plus d'un tiers de l'ensemble de nos membres, a rendu leur tâche particulièrement difficile ; le succès qui a couronné leurs efforts les aura certainement dédommagés de la peine qu'ils se sont donnée.

Je crois utile aussi, dès le début de notre réunion, de vous rappeler la partie de l'art. 5 de nos statuts qui précise les attributions de l'Assemblée générale ; je crois devoir le faire tout d'abord parce que dans la traduction en certaines langues, des omissions ou des erreurs se sont glissées et je vous prierai d'accepter comme exact le texte français qui est naturellement celui dont je puis le mieux porter la responsabilité.

Voici comment sont définies ces attributions : « Pendant la période du Congrès, les membres du Congrès se réunissent

en une Assemblée générale, sous la présidence du Président du Comité International.

Elle fixe la date et le siège du Congrès suivant ; elle pro-
taire Général et du Trésorier, dont elle apprécie la gestion.

Elle fixe la date et le siège du Congrès suivant ; il pro-
cède à l'élection des membres du bureau et du président du
Congrès suivant et choisit les questions à mettre à l'ordre du
jour de ce Congrès ; elle ratifie les noms des membres des
Comités nationaux et des délégués au Comité International. »

Il résulte notamment de ce texte que si l'assemblée générale,
comme tout assemblée délibérante, a des pouvoirs très éten-
dus, l'administration de notre Société incombe au Comité
International permanent et que si une décision prise par celui-
ci ne convenait pas aux membres de notre Société, ils ont le
droit de refuser la ratification de leur délégué, ce qui amène-
rait la dissolution du Comité International et obligerait à la
nomination de nouveaux délégués ; mais ce texte montre
nettement que sans l'assentiment du Comité International des
décisions contraires aux siennes ne peuvent pas être prises ;
l'excellence des relations que nous avons toujours eues à la
Société, m'assure qu'une pareille éventualité ne se posera
pas, mais il m'a paru nécessaire de spécifier les droits et les
responsabilités de chacun. En d'autres termes, le Comité
International gère les affaires de la Société et n'est pas sim-
plement un Comité exécutif.

Lors de notre Congrès de Londres, l'assemblée générale
avait improvisé à la demande des membres anglais un Comité
Scientifique formé d'un représentant par langue officielle ;
les membres ainsi désignés étaient :

MM. PERCY SARGENT (Londres),
RIBAS (Barcelone),
GOSSET (Paris),
ALESSANDRI (Rome),
HENSCHEN (St-Gall).

Mais leurs attributions avaient été mal spécifiées ; il en est
résulté un certain flottement dans la désignation des rappor-
teurs ; M. ROBERTS nous a dit au Comité International que le
désir des membres anglais n'était pas de dessaisir le Comité

permanent de la nomination des rapporteurs, mais seulement de charger le Comité Scientifique du choix éventuel de questions à mettre à l'ordre du jour, questions qui n'auraient pas été choisies par l'assemblée générale et dont l'intérêt ne serait manifesté après la réunion triennale. Nous vous proposons donc une modification aux statuts en introduisant un paragraphe particulier spécifiant notamment les attributions de ces membres en leur donnant le nom de Conseil scientifique qui précise mieux leur rôle.

Nous avons pu néanmoins désigner dans les différents pays en nous mettant en relations à la fois avec le Comité Scientifique et avec le délégué de chaque pays des rapporteurs particulièrement qualifiés. L'importance des travaux qui ont été soumis à votre appréciation et qui le seront encore ce soir et demain, aura puissamment contribué non seulement au succès du présent Congrès, mais encore à la réputation mondiale de notre Société. Nos rapporteurs comme aussi les très nombreux orateurs inscrits dans chaque discussion ont bien voulu donner suite à la demande que je leur avais adressée d'illustrer leurs communications de planches, de desseins, de clichés photographique et cinématographiques, réalisant ainsi le désir des membres de voir, plus encore que d'entendre. J'adresse à tous mes plus vifs remerciements. Je tiens aussi à constater avec le plus vif plaisir que la majorité des orateurs m'ont remis dès la fin de la séance les textes dactylographiés de leur communication ; j'insiste vivement pour que ceux qui ne l'ont pas fait encore m'envoient sans tarder leur texte écrit à la machine, faute de quoi ma besogne pour la correction des épreuves est vraiment un peu pénible. Vous pouvez être assuré que de mon côté, je mettrai tout en œuvre pour que la publication des comptes-rendus se fasse dans le plus bref délai.

Lors de notre séance inaugurale troublée malheureusement à son issue par un déplorable attentat pour l'heureuse issue duquel nous ne saurions assez féliciter l'éminent chef du Gouvernement italien. M. le Professeur WILLEMS vous a rappelé en termes émus le nom des 45 membres que notre association a eu le malheur de perdre pendant notre dernière réunion.

MM. les Prof. DEPAGE et MACEWEN étaient d'anciens présidents ; deux, SOUBBOTICH et JONNESCO, étaient le délégué de leur pays au Comité International ; une notice nécrologique détaillée que je dois à l'amabilité des délégués de chaque pays commémorera en tête du prochain compte-rendu le souvenir de ces membres disparus.

J'ai à vous signaler en outre 25 démissions pour cause de maladie ou de vieillesse. A côté de ces démissions, j'ai à vous signaler l'admission de 296 membres régulièrement présentés par leur Comité National, ce qui porte le chiffre des membres à 968 groupant 38 pays, à savoir :

Argentine	9
Australie	2
Belgique	48
Brésil	2
Canada	17
Chili	1
Chine	1
Colonies Franç.	4
Cuba	14
Danemark	34
Egypte	22
Empire Britannique	143
Espagne	21
Etats-Unis	140
Finlande	5
France	135
Grèce	7
Islande	1
Italie	102
Japon	13
Lettonie	2
Norvège	12
Pays-Bas	5
Pérou	1
Pologne	51
Portugal	2

Roumanie	10
Russie	18
Suède	17
Suisse	46
Syrie	1
Yougoslavie	4
Tchécoslovaquie	19

Nous avons été particulièrement heureux de pouvoir reprendre des relations épistolaires à peu près normales avec nos collègues russes et de voir la grande nation japonaise représentée.

Comme vous le voyez, nous avons réussi à porter le nombre des pays groupés dans notre Association à 33 et nous nous efforcerons encore d'avoir des représentants dans les nations qui jusqu'ici ne font pas partie de notre Association. Vous aurez également à examiner tout à l'heure les propositions qui vous sont faites par le Comité International concernant la réadmission des anciennes puissances centrales.

Voici le nom des délégués actuellement admis au Comité International :

BOSCH ARANA, Buenos-Ayres (Argentine).
 WILLEMS, Liège (Belgique).
 CHAPOT PRÉVOST, Rio de Janeiro (Brésil).
 ARMSTRONG, Montréal (Canada).
 AMUNATEGUI, Santiago (Chili).
 FANG, Pékin (Chine).
 PRESNO Y BASTIONY, La Havane (Cuba).
 HANSEN, Copenhague (Danemark).
 LATIS BEY, Alexandrie (Egypte).
 ROBERTS, Londres (Empire Britannique).
 BARTRINA, Barcelone (Espagne).
 MAC ARTHUR, Chicago (Etats-Unis d'Amérique).
 FALTIN, Helsingfors (Finlande).
 PROUST, Paris (France).
 MACCAS, Athènes (Grèce).
 MATTHIASSEN, Akureyrie (Islande).

ALESSANDRI, Rome (Italie).
MIYAKE, Kyushu (Japon).
MINTR, Riga (Lettonie).
NICOLAYSEM, Christiania (Norvège).
SCHOEMKER, Scheveningen (Pays-Bas).
DENEGRI, Lima (Pérou).
ZAWADZKI, Varsovie (Pologne).
CABEÇA, Lisbonne (Portugal).
DANIEL, Bucarest (Roumanie).
FEDOROFF, Leningrad (Russie).
KAIJSER, Hernosand (Suède).
DE QUERVAIN, Berne (Suisse).
ALTOUNYAN, Alep (Syrie).
JIRASEK, Prague (Tchécoslovaquie).
PÉTROVICH, Belgrade (Yougoslavie).

Les modifications survenues dans les Comités Nationaux seront publiées dans notre compte-rendu. Certains pays usant de la latitude qui leur est laissée d'avoir dans leurs C. N. au moins trois membres ont jugé opportun d'y inscrire 4 ou même 5 membres. L'importance prise par notre Association fait pleinement approuver cette façon de faire.

J'ai encore à vous signaler que la plupart des gouvernements ont donné à leur délégué des représentations officielles voulant ainsi montré l'importance qu'ils attachent à nos assises ; je les en remercie vivement.

Si vous le permettez, je demanderai à chacun de nos membres de m'envoyer en dimension de passeport leur photographie et je publierai au début de nos annales la reproduction photographique de tous nos membres, ce qui permettra au prochain Congrès de se reconnaître plus facilement.

Bien que le Congrès ne soit pas terminé son succès qui dépasse toutes les prévisions me permet avant de me rasseoir d'adresser à nos collègues italiens avec nos plus vifs remerciements, nos sincères félicitations.

II. — Rapport de M. le D^r J. Lorthioir, trésorier

Messieurs,

Comme je l'avais prévu dans mon rapport présenté à Londres en 1923, les comptes du Congrès se sont clôturés par un déficit sérieux, qui s'est élevé à fr. 19.295,59.

Les raisons de ce déficit ont été exposées à l'Assemblée Générale de 1923 ; je n'ai donc pas à y revenir.

Le bilan du Congrès de Londres s'établit comme suit :

RECETTES	DÉPENSES
Cotisations, intérêts, ventes de publications, cartes de participants, etc., Fr. 67.173,14	Frais de bureau du secrétaire et du trésorier, traitements d'employés, participation au Congrès (5.000 fr.), publications (51.667,20 fr.), déficit du Congrès de Paris 1920 (8.125,23 fr.), Total fr. 86.468,73 Recettes » 67.173,14
	Déficit fr. 19.295,59

Il est à remarquer que les recettes de la S. I. C. se composent uniquement de cotisations et que nous ne recevons aucun subside des pouvoirs publics.

★ ★

Je suis heureux de pouvoir vous annoncer que la situation actuelle se présente sous un jour beaucoup plus favorable, et que, grâce à l'augmentation des cotisations, nous espérons pouvoir clôturer sans déficit les comptes du Congrès de Rome.

La situation financière arrêtée au 15 mars 1925 est la suivante :

RECETTES

Cotisations, intérêts, taxes d'admission, cartes de parti- cipants, vente de volumes, etc. fr.	136.143,13
Dépenses »	76,545,19
En Caisse fr.	<u>59.597,94</u>

DÉPENSES

Déficit de Londres (19.195,59 fr.) frais de bu- reau, employés, impression (46.583,40 fr.), participation au Congrès (5000 fr.), expé- dition, expert-comptable, etc.	
Total fr.	<u>76.545,19</u>

Cette somme est en partie déposée à la Caisse Générale de Reports et de Dépôts, à Bruxelles, (compte n° 36.742), aux chèques postaux et en argent liquide.

Nous pouvons donc considérer la situation de notre Société comme bien rétablie et prospère.

Le Comité International vous propose de maintenir la cotisation au même taux. Elle équivaut donc à 50 francs-or payables en monnaie du pays d'origine.

Il y a lieu de noter, dans les prévisions, que plus de 200 membres n'ont pas encore payé leur cotisation. C'est un fait qui ne devrait pas se produire.

Il faut noter également que les frais d'impression ont augmenté dans des proportions telles, que les publications coûtent douze fois plus qu'avant la guerre et la cotisation des membres de la S. I. C. est en somme restée la même (1).

Malgré cette augmentation, le bureau n'a pas hésité à faire les sacrifices nécessaires pour que les volumes gardent leur aspect, et notre dévoué secrétaire-général, M. Mayer, a apporté ses soins à l'impression qui, vous pouvez en juger par les rapports, sera parfaite.

Les comptes-rendus du Congrès de Rome s'annoncent comme devant être des plus intéressants.

Enfin, pour les dépenses, il faut remarquer que l'envoi des rapports nous coûte déjà près de 3000 fr. d'affranchissement

(1) Avant la guerre on payait 10 dollars, 2 livres sterling, 50 francs ou 40 marcs.

postal. Nous ne savons pas encore ce que coûtera l'affranchissement des volumes.

Je vous rappelle que nos réserves sont composées de :

a) Un titre de Rente Belge 3 %, 1^{re} série, n° 10.407 (1) valeur nominale : 10.000 fr..

b) Un titre de la Fédération des Coopératives Dommages de Guerre, série n° 198.413 (1 à 20) participant au tirage de primes pouvant s'élever à 1 million de francs. (Jusqu'ici ce titre n'est pas sorti !) Valeur nominale : 5000 fr.

Au Congrès de 1911, j'avais prié l'assemblée de nommer une commission de contrôle pour dégager la responsabilité du trésorier.

Cette année, j'ai fait vérifier les livres par un expert comptable qui a certifié qu'aucune erreur n'avait été commise et que les additions étaient exactes.

*
* *

Je quitte les fonctions de trésorier que j'ai remplies depuis la fondation de la Société, en 1902, soit depuis 24 ans, et je vous remercie, mes chers Collègues, de la confiance que vous m'avez témoignée, ainsi que des relations si cordiales que j'ai toujours eues avec vous.

Actuellement, la charge est devenue plus lourde, et nous sommes tombés d'accord au Comité International, pour nommer, en même temps que le nouveau trésorier, un trésorier-adjoint, mesure que nous soumettons à votre appréciation.

Les livres de comptes sont déposés au secrétariat où MM. les membres de la S. I. C. sont priés d'aller les examiner.

*
* *

Ces rapports sont approuvés par acclamation.

La cotisation pour 1929 reste fixée à l'équivalent de 50 francs-or.

(1) Numéro changé lors du recouppement du 1^{er} janvier 1925 (ancien numéro 5081).

III. — Proposition du Comité International

De D^r MAYER résume la correspondance échangée avec les délégués italien, japonais, suisse, américain, au sujet de la réadmission des anciens membres allemands.

Il signale que le Comité International a adopté la résolution suivante :

« Tous les chirurgiens des puissances centrales ayant fait
» partie de la S. I. C. avant 1920, seront réintégrés dans la
» Société, s'ils acceptent les statuts de la Société, dès le jour
» où leurs pays respectif feront partie de la Société des
» Nations. »

Cette motion est adoptée par 181 voix contre 7, après quelques demandes d'explications de MM. MATTHEY, de Neuchâtel, et ALGLAVE, de Paris.

IV. — Modification aux statuts

Pour préciser davantage le rôle du Comité Scientifique créé à Londres, le Comité International propose d'ajouter aux statuts l'article suivant :

« Une Conseil Scientifique formé de cinq membres, c'est-à-
» dire un pour chacune des langues officielles de la Société
» est nommé par l'assemblée générale lors de chaque Con-
» grès ; il a pour rôle de choisir éventuellement une question
» supplémentaire à mettre à l'ordre du jour du prochain
» Congrès, au cas où une question spécialement intéressante
» viendrait à surgir dans l'intervalle des Congrès. » (*Adopté par acclamations.*)

V. — Siège du Congrès de 1929

Le Comité International propose Varsovie, en juillet 1929.
(*Voté par acclamations.*)

Remerciements de M. DE ZAWADZKI.

VI. — Élection du Président du VIII^e Congrès

M. WILLEMS recommande la nomination du Professeur HARTMANN. (*Acclamations.*)

M. DE ZAWADZKI propose de désigner M. WILLEMS comme président d'honneur du Congrès de Varsovie. (*Acclamations.*)

VII. — Élection du Bureau

M. MAYER est réélu secrétaire-général par acclamations.

Malgré son insistance à démissionner, M. J. LORTHIOIR est acclamé comme trésorier.

M. MAX CHEVAL est élu secrétaire-adjoint, MM. BECKERS et Paul LORTHIOIR, trésoriers-adjoints.

VIII. — Ratification des Comités nationaux et des délégués

IX. — Élection du Conseil scientifique

Sont élus : MM. PERCY SARGENT,
RIBAS,
GOSSET,
ALESSANDRI,
HENSCHEN.

X. — Choix des questions à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès

18 questions ont été proposées.

116 bulletins de votes ont été remis.

Ils se sont répartis comme suit :

1. Causes et mécanisme de l'embolie	39
2. Résultats des résections pour ulcère g. et d.	35
3. Traitement de la maladie de Basedow	30
4. Traitement des fractures articulaires	26

5. Greffe des glandes endocrines	24
6. Malformation congénitale de la vessie	22
7. Diagnostic et traitements des tumeurs endothoraciques	21
8. Traitement de la tuberculose de la colonne vertébrale	18
9. Chirurgie des affections non cancéreuses du colon ..	17
10. Ostéomyélites chroniques non spécifiques	16
11. Genèse des troubles trophiques	11
12. Chirurgie du corps thyroïde	8
13. Traitement des tuberculoses des grandes articulations ..	7
14. Chirurgie des états spasmodiques et des troubles du corps strié	6
15. Résultats éloignés du traitement du cancer du sein..	5
16. Pathogénie des artérites oblitérantes des membres ..	4
17. Chirurgie de l'œsophage	4
18. Chirurgie du sympathique	22

La séance est levée à 12 heures.

Après la séance, le Comité International se réunit pour acclamer M. WILLEMS en qualité de Président.

QUATRIÈME SÉANCE SCIENTIFIQUE

Samedi 10 avril, à 8 heures

Sous la présidence du Prof. GIORDANO (Venise)

Chirurgie de la Rate

M. CORTES LLADO (Séville) résume son rapport (cf. vol. I, p. 527).

M. LEOTTA (Bari) développe les conclusions de son rapport (cf. vol. I, p. 301).

M. HENSCHEN (St-Gall) par de nombreuses projections lumineuses illustre les données nouvelles exposées dans son rapport (vol. I, p. 563).

★
★ ★

M. MIYAKE est invité à prendre place au fauteuil présidentiel.

★
★ ★

M. PATEL (Lyon) expose le résumé de son rapport (vol. I, p. 261).

★
★ ★

M. DONATI (Padoue) est invité à diriger les débats.

Sulla chirurgia della Milza

R. ALESSANDRI (Roma)

Ho raccolto la mia statistica degli interventi per lesioni della milza, che comprende 42 casi operati (3° Padiglione Ospedale al Policlinico, 2° Ambulanza Chirurgica d'Armata, Clinica Chirurgica), escludendo quelli non operati e altri 8 casi operati nella Clinica Chirurgica antecedentemente alla mia direzione (3 per cisti da echinococco, 4 per splenomegalia malarica con ptosi e 1 per morbo di Banti).

Dei 42 casi, 9 riguardano lesioni traumatiche od esiti, 6 furono operati per cisti da echinococco, 7 per morbo di Banti, 1 per anemia splenica, 1 per morbo di Hanot, 17 per splenomegalia, di cui semplice (12), con ptosi (2) e con ptosi e torsione del peduncolo (3), ed 1 infine per neoplasma.

Dei 9 casi operati per lesioni traumatiche, due si riferiscono a forti contusioni addominali con rottura della milza e grave emorragia; in entrambi i casi fu praticata la splenectomia: nel primo caso (1914, uomo di 60 anni, schiacciato contro il muro dalla stanga di un carro sull'ipocondrio sinistro: emoperitoneo gravissimo, milza spaccata in due) si ebbe morte alla fine dell'atto operativo; nel secondo (1923, donna di 60 anni, investita da un camion alla base dell'emitorace destro; emiperitoneo grave, rottura multipla della milza) la guarigione.

Sei casi riguardano ferite da arma da fuoco, di cui 4 durante la guerra, operati nella 2° Ambulanza chirurgica d'armata; molti più casi ne furono osservati, ma non operati. Dei quattro in cui si intervenne, in uno fu fatta la sutura: la ferita da proiettile di fucile interessava anche la pleura e il rene sinistro: guarigione; in un secondo si ebbe pure la guarigione colla splenectomia. Negli altri due invece in cui vi erano contemporaneamente lesioni in uno della pleura e dello stomaco, nell'altro dell'angolo colico sinistro, oltre le suture viscerali venne praticata nel primo la splenectomia, nel secondo il tamponamento; ma si ebbe l'esito fatale in entrambi.

Le altre due ferite da arma da fuoco sono da proiettili di rivoltella a scopo suicida. In uno (1924, uomo di 25 anni) si ebbe ferita della vena splenica con enorme emoperitoneo ; alla laparotomia riuscì di applicare una pinza emostatica sulla vena e frenare l'emorragia ; tamponamento e chiusura parziale del ventre ; ma si ebbe la morte dopo 12 ore. Nel secondo (1920, donna di 17 anni ; ferita non penetrante della piccola curvatura dello stomaco con lesione della coronaria stomachica sinistra : ferita trasfossa della milza) la splenectomia dette esito in guarigione.

Il nono caso riguarda infine un' enorme cisti ematica della milza consecutiva a grave contusione per caduta da una scala di un bambino di 4 anni. L'operazione praticata due mesi dopo il trauma consistè nell'apertura della cisti e marsupializzazione : guarigione.

*
* *

Nei sei casi di cisti d'echinococco non fu mai praticata la splenectomia. Tre volte la cisti venne marsupializzata : in un caso (1906, donna di 51 anni) esistevano anche cisti del mesocolon e del mesenterio, che vennero enucleate ; quella della milza fu marsupializzata. In un altro (1907, donna di 29 anni) si trattava di una cisti suppurata in donna al quinto mese di gravidanza ; nel terzo (1909, donna di 35 anni) vi era una grossa cisti non aderente alla parete ; fissazione, apertura e marsupializzazione. In tutti e tre i casi si ebbe guarigione.

In un quarto caso (1912, ragazzo di 8 anni) fu fatta una resezione con sutura parziale e tamponamento : il malato morì dopo 30 ore ; all'autopsia non si trovò emorragia, non peritonite, non occlusione (shok ?).

Negli altri due casi (1923, donna di 35 anni ; 1926 uomo di anni 14) si fece l'apertura della cisti, l'estrazione della membrana, la formalinizzazione del cavo, e la riunione per prima. Guarigione in entrambi i casi (Il secondo operato viene mostrato al Congresso).

*
* *

I sette casi di morbo di Banti, come quello di anemia splenica e quello di morbo di Hanot, furono tutti operati di splenectomia ; di essi si ebbe in 4 guarigione, in 5 morte.

Dei 4 guariti (1906, donna di 40 anni ; 1915 donna di 32 ; 1921, uomo di 18 anni ; e 1918, ragazzo di 12 anni con diagnosi di morbo di Hanot), ho potuto avere notizie ulteriori solo di uno, che stava del tutto bene dopo due anni.

Dei cinque morti, due soccomberono nello stesso giorno dell'operazione (shok), due per complicazioni polmonari uno al 12° giorno e l'altro al 18° ; ed uno trasferito dopo 14 giorni dall'intervento in Clinica Medica vi decedette poi, e si trovò all'autopsia trombosi della porta e della mesenterica (con infarto emorragico in un'ansa del tenue).

Nei 17 casi di splenomegalia malarica, in 12 si trattava di ipertrofia semplice spesso enorme, con disturbi notevoli, specialmente dolorosi ; in 2 la milza ingrossata era anche ptosica, e in 3 alla ptosi si univano sintomi di torsione del peduncolo.

In tutti 17 venne praticata la splenectomia con 14 guariti e 3 morti. Gli esiti infausti riguardano un caso, in cui all'atto operativo venne lesa la coda del pancreas ; la morte avvenne il giorno dopo ; un secondo in cui si ebbe collasso grave e morte pure il giorno seguente all'operazione ; nel terzo l'esito infausto avvenne in 18a giornata per complicazioni polmonari.

Questi tre morti si ebbero nelle splenectomie per splenomegalia senza ptosi, e riguardano casi in cui l'operazione fu particolarmente difficile per aderenze al diaframma. Negli altri 9 di splenomegalia semplice, come nei due in cui esisteva anche ptosi e nei tre con ptosi e torsione del peduncolo, si ebbe guarigione.

Di molti di questi operati ho potuto avere notizie ulteriori, con cessazione dei disturbi e perfetto benessere.

★
★ ★

Un caso infine di splenectomia riguarda un voluminoso tumore della milza che presento al Congresso per la rarità dei neoplasmi splenici in genere e in particolare della varietà istologica, che diagnosticata dapprima come sarcoma apparve

all' esame microscopico come un leio-mioma. Non ho trovato nella letteratura altri esempi, e mi riserbo illustrarlo particolarmente.

Si trattava di un uomo di 51 anni, in cui si era pensato dapprima ad una sifilide e praticata una cura specifica, malgrado l'anamnesi muta e la reazione di Wassermann ripetutamente negativa. La cura non dette alcun risultato: la tumefazione cresceva e lo stato generale deperiva. La splenectomia fu assai difficile; la milza estirpata pesava Kg. 3.700. Vi fu una reazione pleurica sinistra, ma il malato è guarito, è cresciuto di peso e migliorato assai nelle condizioni generali; l'operazione è recente.

★ ★

Per quello che riguarda le indicazioni alla splenectomia son d'accordo coi relatori che essa esiste soprattutto negli itteri emolitici, nel morbo di Banti e in genere nelle anemie spleniche, purchè in periodo non avanzato, e nei neoplasmi, che però sono assai rari e non facilmente diagnosticabili.

Indicazione relativa offre invece la splenomegalia malarica cronica ribelle a cure mediche, specialmente quando i disturbi per l'enorme volume dell'organo e per le aderenze sono notevoli. Formale è invece l'indicazione nelle ptosi e specialmente nella torsione, tanto più che in questi casi in genere l'operazione è assai semplice e i risultati operatori assai favorevoli.

Per le cisti di echinococco son d'accordo col Leotta nel considerare la splenectomia come un trattamento d'eccezione; nei miei sei casi non l'ho mai praticata. La marsupializzazione è la più sicura e dà buoni risultati; ma ritengo anche ottima operazione, quando è possibile, l'apertura e il vuotamento della cisti, l'asportazione della membrana, la formalizzazione e la chiusura per prima: l'ho praticata in due casi e ho avuto risultati eccellenti; posso mostrare un giovanetto operato recentemente e guarito perfettamente per prima in otto giorni.

★ ★

M. BÉGOUIN (Bordeaux) assume les fonctions de Président d'honneur.

The surgery of the spleen

By EDWIN BEER M. D., New-York City

The following brief review of this subject has been prepared with the co-operation of Dr N. Rosenthal based on the work done at the Mt. Sinai Hospital, New York City, by the various members of the Visiting Staff. It covers the period since 1908 during which time a more intelligent understanding of the whole subject under discussion has been developing.

As in many organic diseases, the first types of pathology that have sought relief are the traumatic cases. In splenic surgery this also was evident and the earlier cases of splenectomy were in injuries of this organ. Later, enlargements or tumors and misplaced spleens became the subject of attack, and only more recently the relations of the spleen to systemic diseases have been studied and the organ removed to effect improvement or amelioration of symptoms and in some conditions possibly as a curative procedure. With the clearer perception of the latter conditions, the operative removal of the spleen has become a more frequent procedure as seen, for instance, in thrombo-cytopenic purpura, and during the next generation the wisdom of these operations will be confirmed and the indications more rigorously drawn. The operative procedure varies with the pathological findings and the operative mortality, which to-day is by no means negligible, depends both on the pathology found and the systemic disease for which the operation is done. The more clearly we understand the relation of the spleen to the underlying conditions, the earlier will cases that require splenectomy be referred to the surgeon and, let us hope, the lower will be the operative mortality. The surgery of the spleen in this way will progress much as has done the surgery of the appendix, of the biliary tract, of the kidneys, of the stomach, etc., and it requires no great vision to look into the future when the

dangers of splenectomy will be much less than they are at the present day.

SUMMARY OF SPLENECTOMIES DONE AT
MOUNT SINAI HOSPITAL 1908-1926

	Total	Well	Im- proved	Unim- proved	P.O. Exitus	Late Exitus
Floating or Ectopic Spleen	1	1			2	
Rupture of Spleen	13	11			2	
Tumors of Spleen :						
a) Simple Cyst	1	1				
b) Echinococcus cyst	2				2	
c) Sarcoma	3				3	
d) Lymphadenosis	2			1	1	
e) Metastatic Carcinoma	1				1	
Inflammatory Splenitis :						
a) Tuberculosis	1					1
b) Syphilis	1				1	
c) Abscess	2	1	1			
Gaucher's Disease	5		2		3	
Banti's Disease	20	12	1	2	4	1
Hemolytic Icterus	8	5	1		2	
Purpura Hemorrhagie :						
a) Chronic	15	15				
b) Acute	2				2	
c) Aplastic Anemia	3		1		1	1
Pernicious Anemia	5			1	3	1
Leukemia	3				2	1
Cirrhosis of Liver with Spleno- megaly						
	2				1	1
	90	46	6	4	28	6

This report is limited to the work done at one of the hospitals with which I am associated ; cases seen and treated at Bellevue Hospital have been purposely omitted. The Surgical Staff is responsible for the work done and the Medical Staff

has almost always made the pre-operative studies and found the indications. In the above period ninety (90) splenectomies have been performed for a great variety of conditions as will be seen on the table. During recent years with better comprehension of conditions, the number of splenectomies per annum has increased rapidly and the mortality has dropped very considerably.

*
* *

M. WESSEL prend la direction de la séance.

Chirurgia della Milza

Un caso di splenectomia per tubercolosi

D. GIORDANO

Le *Relazioni* presentate a questo Congresso stabiliscono bene lo stato attuale delle indicazioni e dei risultati della Chirurgia splenica.

Appena mi permetterei obiettare, al loro concorde e quasi assoluto ostracismo per la *splenopessia per milza mobile*, che se le indicazioni di tale operazione sono rare, quando esistono sono da tenere in quel buon conto che ogni operazione conservativa si merita. La operata di splenopessia di cui pubblicai la storia sulla *Riforma medica* del 1896, vive vecchia e colla sua milza a posto, che non le dà alcun disturbo. Qualche anno fa, in seguito ad influenza, ebbe una bronco-alveolite che si trascinò grave, per più di un anno, con notevole dimagrimento e bacilli tubercolari nello sputo : e pare ora clinicamente guarita da tale infezione.

Oggi mi limiterò ad aggiungere ai casi finora registrati e per lo più non diagnosticati prima dell'intervento, un nuovo caso di tumore splenico tubercolare, neanche questo diagnosticato prima della asportazione.

*
* *

Un bracciante, di anni 46, che ebbe sifilide, curata, e dalla moglie ebbe due figli viventi e sani, oltre un aborto, forte bevitore, dice aver sofferto di malaria parecchi anni or sono. Quaranta giorni fa cominciò a notare inappetenza, stanchezza, malessere generale, con insorgenza di febbre, per cui si pose a letto. Il medico chiamato diagnosticò una bronchite e lo curò per tale affezione. Comparve poi una tumefazione splenica, per cui si ricorse al chinino. Ma la febbre persisteva, il tumore splenico aumentava, e comparve anche dolore nell'ipocondrio sinistro, irradiato alla spalla. Fu fatto allora diagnosi di morbo di Banti, e l'infermo fu inviato in Ospedale.

Al suo ingresso si presenta denutrito, pallido, con piccoli rantoli sparsi in tutto l'ambito polmonare. L'addome è globoso, dolente alla palpazione della regione ipocondriaca sinistra, ove si palpa un tumor globoso, a margine interno smusso, mobile coi movimenti respiratori, che arriva in basso alla ombelicale trasversa, ed oltrepassa di un dito la linea mediana. La superficie di esso è liscia: la pressione dolorosa. Il fegato deborda di un dito trasverso l'arcata costale. Nello sputo non si trovano bacilli di Koch. L'urina, limpida, della D. di 1012 non contiene albumina nè glucosio: 16.8 %₁₀₀ di urea.

L'esame ematologico diede 3.100.000 globuli rossi; 3000 globuli bianchi, con neutrofili 29 %, linfociti 71 %, emoglobina 55 %, valor globulare (indice cromatico) 0.91. Esisteva pertanto la leucopenia, presente pure nel morbo di Banti. Accettando perciò tale ipotesi diagnostica, confortata anche dall'aumento di volume del fegato (pur restando oscura la causa della febbre), si decise di intervenire.

Il giorno 29-12-1925 si pratica al paziente una iniezione di coaguleno intramuscolare, ed una endovenosa di Cloruro di calcio.

Il mattino seguente, previa iniezione di scopolamina, atropina e morfina, si praticano iniezioni di alipina, chinina ed urea nell'ipocondrio sinistro, lungo una linea trasversale su cui si intende far cadere la incisione. Col malato disposto orizzontalmente sul tavolo nella regione dorsale, cadendo dalla lombare in giù su un piano inclinato, si incide trasversalmente nell'ipocondrio sinistro, dalla linea mediana allo

indietro fino verso il margine anteriore del gran dorsale. Siccome l'anestesia non appare completa, perchè il paziente si muove alquanto, gli si fanno inalare alcuni cc. di etere. Si scopre così una grossa milza, libera da aderenze, salvo alcune di poco momento nella concavità del diaframma, con grossi e brevi vasi sanguigni, che vengono legati separatamente. Chiusura a strati del ventre, lasciando sotto la cupola diaframmatica uno zaffo, che esce dall'angolo posteriore della ferita.

*
* *

La milza asportata, del peso di 1300 gr., lunga 22 cm., larga 16, spessa 9,5, presentava capsula integra, parenchima compatto, rosso piuttosto scuro, con trabecole bene visibili. Non si vedono invece i fullicoli. Non vi sono infarti. Su tutta la superficie di sezione appare un seminò di noduletti irregolari, molti del volume di piselli, in alcuni punti confluenti fra di loro; consistenti, bianco-giallastro, macroscopicamente ascrivibili a tubercoli. Col metodo Ziehl-Neelsen non si mettono in evidenza bacilli tubercolari. I preparati per strisciamento colorati col biesinato di Tridon-deau mostrano numerosissimi eritrociti, pochi elementi della serie granulocitica, rarissimi della monocitica. Poche cellule reticolo-endoteliali, Non cellule pigmentifere o globulifere. Non megariociti. Assente qualsiasi indizio di ematopoiesi nei riguardi della serie rossa e della serie granulocitica. Numerosissimi i linfociti ed i linfoblasti.

Sulle sezioni istologiche comparvero integre le trabecole, i follicoli molto piccoli e radi, senza centro germinativo evidente. Integre le arterie penicillari. Scarso il pigmento sia libero che inglobato e scarse le emazie in distruzione. Non fibroadenia.

In tutto l'organo risulta evidente il granuloma tubercolare, sotto forma di nodi in parte completamente caseificati, in parte con caseificazione relativamente scarsa, tale da lasciar riconoscere ancora, alla periferia, la struttura del tubercolo con cellule giganti caratteristiche tipo quelle di Langhans. Non vi è alcuna tendenza alla sostituzione fibrosa dei noduli. La vena splenica non presenta alcun processo di endofle-

bite, nè vi hanno alterazioni dei vasi che irrorano il parenchima splenico.

Col pezzo asportato in mano, esulava pertanto la ipotesi di splenomegalia Bantiana e pel reperto positivo dei tubercoli (anche se non si videro i bacilli) e per quello negativo, per cui fu verificata l'assenza di fibroadenia, di flebite sclerosante della vena splenica, che sono di regola nel morbo di Banti.

Il giorno dopo l'intervento la T fu ancora di 39.4 ; al 2° e 3° giorno fu apiretico ; poi risali, nel 4° a 38.5, e comparve un respiro soffiante in corrispondenza del lobo inferiore sinistro. Quantunque il reperto di tubercoli nella milza facesse pensare allo scoppio di una tubercolosi miliare, l'operato fu trattato come fosse colpito da polmonite acuta : fu praticata una iniezione endovenosa di 25 cc di *mercurocromo* 1 % ; si ricorse pure ad iniezioni endovenose di collargolo, si insistette coi cardiocinetici ; ma il malato moriva nell'ottavo giorno dall'intervento.

*
* *

All' autopsia si trovò, quale causa della morte una polmonite franca del lobo inferiore del polmone sinistro allo stadio di epatizzazione grigia, con pleurite sierofibrinosa ; congestione ed edema dei lobi superiori dei due lati, ed, a destra, pleurite cronica adesiva. Ipertrofia dei gangli degli ili dei polmoni. Nefrite parenchimatosa acuta bilaterale ; aterosmasia dell'aorta, e steatosi del miocardio.

Il fegato appariva colpito da epatite interstiziale cronica ; ed istologicamente le lesioni epatiche, non uniformemente distribuite, risultavano quasi del tutto limitate agli spazi portobiliari, ove si trovano, difficilmente visibili ad occhio nudo numerosi ed esigui tubercoli, raramente tipici, più spesso costituiti da cellule linfoidi e da poche epitelioidi, molti in parte, o del tutto caseificati. Negli spazi portobiliari così invasi esiste una ricca infiltrazione parvicellulare che si accompagna, dove è più intensa ed estesa, a neoformazione di fibrille connettive le quali disponendosi a fasci penetrano nelle zone più esterne dei lobuli epatici, isolandone alcuni gruppi di elementi senza però che vi appaia proliferazione.

di canalicoli biliari. In qualche lobulo soltanto, esiste un modico grado di infiltrazione grassosa delle cellule epatiche, che in generale non sono alterate sensibilmente.

La localizzazione dei tubercoli e la loro indipendenza dai dotti biliari fa escludere la origine angiocolitica dei tubercoli, rendendo invece probabile la via di invasione splenica portale, onde una epatite cronica specifica, qua con formazione di tubercoli, là con sviluppo di giovane connettivo, iniziando così una cirrosi tubercolare.

Se le cose andassero nell'uomo come nei cani, secondo le esperienze del Foà, lo stato del fegato non autorizzerebbe a dichiarare inutile la splenectomia; poichè sperimentalmente la splenectomia indurrebbe guarigione dei tubercoli secondari del fegato, per trasformazione fibrosa di essi.

Il caso nostro pertanto starebbe a rappresentare un nuovo esemplare di megalosplenìa tubercolare apparentemente primitiva, quanto ad aspetto clinico, quantunque il reperto cadaverico di adeniti ilari dimostri come la via di entrata abbia dovuto essere polmonare. Senonchè le lesioni polmonari non ebbero evoluzione specifica, mentre la milza si fece luogo di coltura dei tubercoli, quindi disseminati per il fegato. Pesando meglio i dati anamnestici: broncopulmonite iniziale, e quindi invasione tumultuaria di una milza forse già lesa dalla malaria: e se poi alla ricerca dei bacilli nello sputo, riuscita negativa, si fosse aggiunta la cutireazione, forse si poteva avvicinarsi maggiormente alla diagnosi, che ad ogni modo, allo stato attuale, non avrebbe modificato la indicazione operatoria, anche se un episodio infettivo banale le tolse l'efficacia terapeutica desiderata.

SUNTO

GIORDANO, associandosi ai relatori per le loro conclusioni (eccezione fatta per la splenopessia, le cui indicazioni, pur essendo rare, non si possono escludere) aggiunge una osservazione personale di splenectomia per tubercolosi alla casistica ancora oscura di tale affezione.

RESUME

GIORDANO, tout en adhérant en général aux conclusions des rapporteurs, pense que la splénopexie, quoique ses indications soient très rares, a encore droit de cité dans la chirurgie de la rate. Il ajoute une observation personnelle de splénectomie pour cette affection, encore cliniquement trompeuse, qu'est la tuberculose de la rate.

*
* *

**Splénectomie dans un cas de Kyste non parasitaire.
Accouchement normal trois ans après l'intervention.**

ALBERT JENTZER, de Genève

La classification des kystes non parasitaires, proposée par H. Fowler, de New-York, est basée sur l'étiologie. L'auteur distingue deux grands groupes : les kystes proprement dits et les pseudo-kystes. Il subdivise le premier groupe en :

- 1° Kystes d'inclusion (inclusion du péritoine) : inflammatoires ou traumatiques — volumineux et uniques ou petits et multiples — superficiels ou profonds.
- 2° Kystes de dilatation : maladie polykystique de la rate (Coenen, Fowler) — ectasie des sinus de la rate.
- 3° Kystes à type néoplasique : lymphangiomes, hémangiomes.

Quant aux pseudo-kystes, qui sont secondaires, il les subdivise en :

- 1° Kystes traumatiques, provenant d'un hématome, qui sont ordinairement grands et uniloculaires.
- 2° Kystes de dégénérescence, provenant d'une rupture ou d'une embolie artérielle, dans lesquels la pulpe de la rate se nécroserait.

Jusqu'à ce jour, on compte environ une centaine de cas de kystes non parasitaires dont plusieurs ont été trouvés d'une façon fortuite à l'autopsie. La pathologie chirurgicale

de ces kystes a été surtout étudiée par Aschoff, Bénéke, Schmitt, Deniker, Lecène, Fowler, Halmington, Boyer, Lombard et Duboucher.

Etiologie. — Dans la majorité des cas, la maladie atteint des personnes d'âge moyen ; dans deux cas seulement, des kystes furent trouvés chez des enfants de moins d'un an. Les femmes sont prédisposées au kyste de la rate. D'après Fowler, sur 68 cas, 40 se présentèrent chez des femmes, surtout entre 20 et 40 ans. Monnier explique cette prédisposition par le fait que la rate se congestionne durant la grossesse et la menstruation. Le cas de Routier montra en effet une augmentation rapide de la rate, un an après un accouchement normal. Dans celui de Wells, une tumeur de la rate préexistante eut son développement stimulé par la grossesse. Dows relate le cas d'un kyste de la rate qu'il incisa après l'accouchement. Les parois de cette rate étaient atteintes de nécrose. Pour Fowler, l'apparition des kystes de la rate après la grossesse s'expliquerait le plus rationnellement par un engorgement ou une hémorragie de cette organe dus à une embolie ou à la torsion de pédicule. Cette explication s'applique bien aux cas de Bircher et de Downs.

Les maladies de la rate, telles que la syphilis et la malaria, peuvent exercer une influence sur le développement des kystes. En effet, les rates hypertrophiées sont prédisposées aux hématomes. Il paraît en outre y avoir quelque relation entre la péricapsulite et la formation des kystes. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, le volume de la rate devient moins considérable, la capsule, siège de péricapsulite ou non, se plisse et ce plissement peut provoquer la formation de kystes d'inclusion. Subbotich, par exemple, observa de multiples petits kystes superficiels dans la splénomégalie, résultant de la malaria. La syphilis fut mentionnée dans deux procès-verbaux : dans l'un, la lésion initiale apparut six ans auparavant (Garcia), dans l'autre, la description de l'infection faisait défaut, mais la lésion était décelable dans les vaisseaux sanguins (endartérite spécifique). Dans l'étiologie des grands kystes de la rate, le facteur le plus généralement connu est le traumatisme qui provoque des inclusions péritonéales et par la suite des kystes. Il a été établi, d'après Fow-

ler, que dans 19 cas, la lésion a précédé le développement des kystes de la rate. L'intervalle entre la lésion et le développement du kyste a été reconnu dans 15 cas. Dans 6 cas, le kyste se développe dans l'espace d'une année ou moins, dans 7 cas en 10 ans ou moins ; dans un cas (Lambert) après 12 ans, et dans un cas, le kyste ne se développe qu'après 40 ans. Une si longue période semblerait exclure toute cause traumatique. Parmi ces kystes post-traumatiques, 13 étaient hémorragiques, 1 lymphatiques et 2 séreux. La lésion provenait généralement d'un coup direct ou d'une chute sur le ventre. Une longue pression continue, faite au moyen d'un engin sur la partie moyenne gauche de la poitrine, a été mentionnée dans un cas et une profonde blessure de l'abdomen dans la région de la rate a été signalée dans un autre cas. Les cas de Bircher et Kustner sont intéressants à ce sujet.

Pathogénie des pseudo-kystes

La genèse d'un kyste de la rate semble n'avoir aucune analogie avec celle d'un kyste de l'ovaire ou du rein. En l'absence d'une structure tubulaire, les vrais kystes de rétention ne se produisent pas. Les pseudo-kystes sont la résultante d'hémorragie ou de nécrose du parenchyme liénal engorgé ou anémié. Parmi les 34 cas de kystes hémorragiques que cite Fowler, 19 provenaient probablement d'un traumatisme, 5 de dégénérescence de la pulpe (2 par engorgement et 3 par endartérite), 8 étaient des kystes dans lesquels une hémorragie secondaire avait eu lieu (4 séreuses, 4 lymphatiques), 2 pouvaient être considérés comme des pseudo-néoplasmes.

Les parois de ces kystes ne montrent jamais de revêtement épithélial ou endothélial ; on y note quelquefois une couche de fibroblastes ou de cellules rondes.

Pathogénie des kystes proprement dits

Bénéke est d'avis que les petits kystes multiples, séreux et superficiels, proviennent de l'inclusion de l'endothélium péritonéal, lequel recouvre la capsule. Cette théorie paraît se justifier non seulement par l'inclusion de l'endothélium péritonéal, mais par l'inclusion d'un véritable réseau lymphatique.

tique qui se trouve dans la capsule de la rate. Avec son élève Ramdhor, Bénéke considère que les cellules tapissant ces kystes sont identiques, au microscope, à l'endothélium du péritoine. Fréquents sur le bord inférieur de la rate, rares sur le bord postérieur ou sur la surface convexe, plus rares encore sur la surface concave, ces petits kystes donnent à l'organe une apparence globuleuse. D'habitude, ils ne pénètrent pas plus d'un cm. dans la profondeur du parenchyme liénal. Müller trouva de ces kystes de la rate dans 11 % des autopsies qu'il pratiqua. Ces petits kystes superficiels séreux ont quelquefois un contenu sanguin. Ils sont généralement isolés et uniloculaires.

Pour Pereperé, tous les prétendus kystes de la rate ont pour origine des nids cellulaires qui sont situés sous la capsule splénique et qui résultent d'invagination anormale du péritoine durant le développement de l'organe. Ordinairement, ces résidus cellulaires se résorbent, mais quelquefois, ils persistent et provoquent alors des kystes sous capsulaires.

Maladie polykystique

La théorie de l'inclusion cellulaire explique d'une façon rationnelle la présence des petits kystes sous-capsulaires. Quant aux grands kystes multiloculaires, il faut admettre une dilatation des vaisseaux lymphatiques, vaisseaux qui, d'après des recherches minutieuses, existent dans la rate normale. Nous devons cette découverte à Fink qui, le premier, reconnut cette relation. Il en a décrit plusieurs cas. Kuhne, Aschoff et Schmitt sont du même avis. Toutefois, la véritable cause de la lymphangectasie n'est pas connue ; les 12 cas dont on supposait qu'ils avaient leur origine dans le système lymphatique ont donné lieu à diverses explications. La lymphangectasie peut être due à des conditions mécaniques ou à des processus inflammatoires. La forme conglomérée et multiloculaire que ces kystes revêtent est explicable par la fusion de dilatations individuelles. Fink a réussi à prouver histologiquement la transition des vaisseaux lymphatiques dilatés en grandes cavités kystiques. Il n'y a pas de différences bien distinctes entre la lymphangectasie et la lymphangiome ; l'une passe probablement à l'autre sans une période de

transition bien marquée. Dans le cas de kystes lymphatiques, résultant de la lymphangectasie, l'organe est entièrement dilaté. Coenen appelle cet état une dégénérescence polykystique. La surface, irrégulière, est le siège de nombreuses tumeurs.

La tumeur, occupée en deux moitiés, montre d'innombrables cavités (fig. 1), les unes isolées, les autres confluentes. Ces dernières présentent dans leur intérieur un réseau entrelacé, offrant l'apparence caractéristique d'une cavité multiloculaire. Par endroits, les parois des kystes sont contiguës ou séparées par un peu de tissu splénique. Si, avant la fixation de l'organe, on extrait au moyen d'une seringue le contenu de ces cavités, on obtient un liquide présentant les caractéristiques de la lymphe. Ce liquide est ordinairement clair, d'une haute densité et d'un pourcentage l'albumine élevé. Après fixation, cette matière se coagule en masse homogène et se colore en rose par l'éosine. Un examen microscopique de ces kystes permet de distinguer des sinus et des vaisseaux lymphatiques dilatés à différents degrés. On y remarque des cavités de toutes dimensions, depuis de simples vaisseaux légèrement dilatés jusqu'aux grandes cavités kystiques. Les parois des plus petits ne sont pas ordinairement revêtus d'un endothélium, comme c'est le cas généralement pour les plus grands.

Les efforts pour déterminer le mode d'origine par l'examen des parois intérieures des kystes n'ont pas été couronnés de succès, car ainsi que l'a montré Aschoff, le caractère de l'épithélium des kystes ne prouve rien quant à l'origine. La réticulum pourrait donc se transformer en endothélium, l'endothélium des vaisseaux lymphatiques en épithélium cubique, stratifié, etc.

Nous voyons, par ce qui précède, que les cas de kystes vrais de la rate sont relativement rares et que leur pathogénie est encore très discutée.

En voici un exemple caractéristique : ce qui augmente son intérêt, c'est le fait que trois ans après la splénectomie, la patiente a accouché normalement.

Le 6. V. 22, nous envoyons dans notre service une malade

âgée de 28 ans avec le diagnostic de tumeur adabdominale (D^r Heimo). Voici son anamnèse :

A. H. Père mort d'une maladie de foie.

A. P. Rougeole à l'âge de 11 ans.

En septembre 1917, la malade fait un séjour à la Clinique chirurgicale (Professeur Kummer). Le 20. X. 1917, elle ressent brusquement des douleurs en coup de ciseaux dans la fosse iliaque droite. La malade est obligée de se coucher. Le lendemain, elle se lève ; elle n'a plus de douleurs mais éprouve un fort vertige et tombe à terre. La malade n'a jamais subi de traumatisme sur l'abdomen. Le 1. XII. 17, la malade a une nouvelle crise nocturne. A l'examen, le Mac Burney n'est pas douloureux. On constate un fort clapotage dans la fosse iliaque droite. Le 14. XII. 17, on fait un transit baryté et on constate un estomac mobile, hypotonique, très déplacé à droite, ce qui prouve que la tumeur de la rate existait déjà à cette époque. La cystoscopie et le sondage des uretères ne révèlent rien de pathologique. Après une diète prolongée, la malade quitte la Clinique chirurgicale avec le statuts de sortie suivant :

Ventre souple, indolore ; aucun trouble des fonctions abdominales, langue bonne. Femme bien développée ; tissu adipeux également ; pas de ganglions palpables. Respiration et sonorité normales. Ne tousse ni ne crache. Rien à l'auscultation. Selles irrégulières, tous les 4 à 5 jours. Estomac : ptose à droite, gargouillements fosse iliaque dr. Reins rdp. Foie palpable à un travers de doigt. Rate augmentée de volume, arrive au niveau de la 10^e côte, non palpable ; résistance pathologique et sensibilité à la pression. Système nerveux : rdp. Système urinaire : pas de troubles fonctionnels. Système génitale : règles régulières, pertes blanches depuis un an. Sang : globules rouges 4.110.000 ; globules blancs 6.825 ; poly 78 ; eosino 0 ; lympho 19 ; mono 3.

En mars 1918, la malade a une forte crise abdominale, mais cette fois, dans la fosse iliaque gauche ; elle entre dans le service de gynécologie (Professeur Beuttner) et y subit une résection partielle bilatérale pour ovarite scléro-kystique et une ventro-fixation. Date de l'opération : 3. III. 19.

A part cette affection, la malade s'est parfaitement bien portée. Mariée en 1918, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches. Elle souffre d'angines fréquentes et constate que la grosseur dans l'ypocondre gauche, remarquée déjà en 1917, augmente progressivement de volume. Cette tuméfaction ne la gêne nullement ; elle ne ressent ni troubles ni vertiges. En avril 1922, la malade, cependant, commence à s'inquiéter de sa tumeur parce qu'elle la gêne à la marche et à la flexion du torse. Elle est facilement essoufflée, sans que l'on puisse constater un trouble pulmonaire quelconque. Elle ressent toutefois des points diaphragmatiques, quand elle marche un peu vite. Ce sont ces symptômes qui la déterminent à consulter le D^r Jentzer qui l'envoie à l'Hôpital cantonal dans le Second Service de Chirurgie (6. V. 22).

Status : Cliniquement, nous constatons, au niveau de l'hypocondre gauche, une grande tumeur lisse, non douloureuse, élastique, occupant tout l'hypocondre. Afin d'éliminer une tumeur de l'estomac, nous procédons à un transit baryté (fig. 3), qui nous démontre un estomac normal, mais fortement repousse à droite. Le chimisme, fait avec le repas d'Ewald, est également normal. Le cathétérisme des uretères nous permet également d'éliminer une tumeur rénale. Le 17. V. 22, quelques minutes avant l'opération, nous faisons une ponction exploratrice du kyste de la rate. Nous retirons 10 cc. de liquide sans aucune difficulté ; il est foncé et inodore ; la réaction de Gaïac est fortement positive. Au microscope, on constate des globules rouges dégénérés et normaux ainsi que des cristaux de cholestérine. Sang du 7. V. 22 ; globules rouges 3.800.000 ; globules blancs 5.600 ; hémoglobine 80 % ; valeur globulaire 1,05 ; neutro 77 ; lympho 16 ; grands mono et transit 7.

Opération du 17. V. 22 (D^r Jentzer ; assistant : D^r Hadji) : Incision médiane et latérale à gauche, comme pour la vésicule biliaire (Kehr). On tombe sur une tumeur grosse comme une volumineuse tête d'adulte, très tendue, couleur violacée, occupant toute la région de la rate, adhérente au diaphragme gauche ; on essaie d'extirper la tumeur sans incision de côtes, mais vu le volume de celle-ci, on résèque les deux dernières côtes. En coupant le ligament phréno-colique, on arrive à

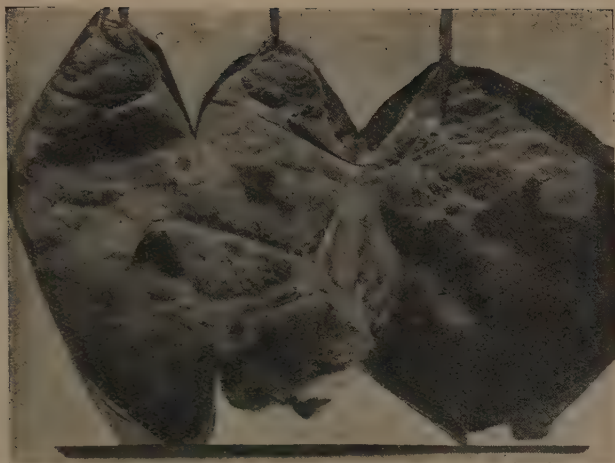


Fig. 1. — Tumeur coupée en deux moitiés (à l'intérieur réseau entrelacé) Ph. Howeld.

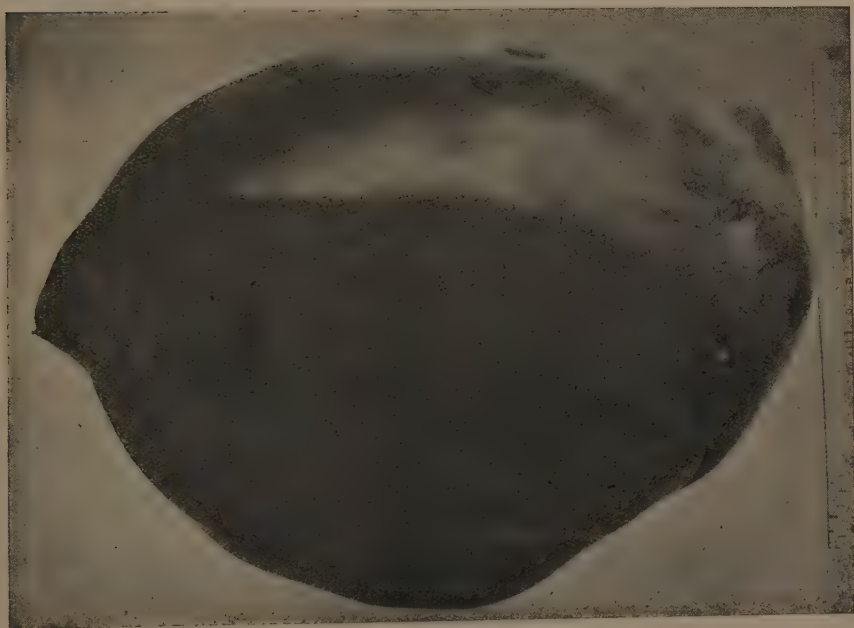


Fig. 2. — Rate extirpée.



Fig. 3.
Couché sur le côté
gauche. Estomac
déplacé à droite.

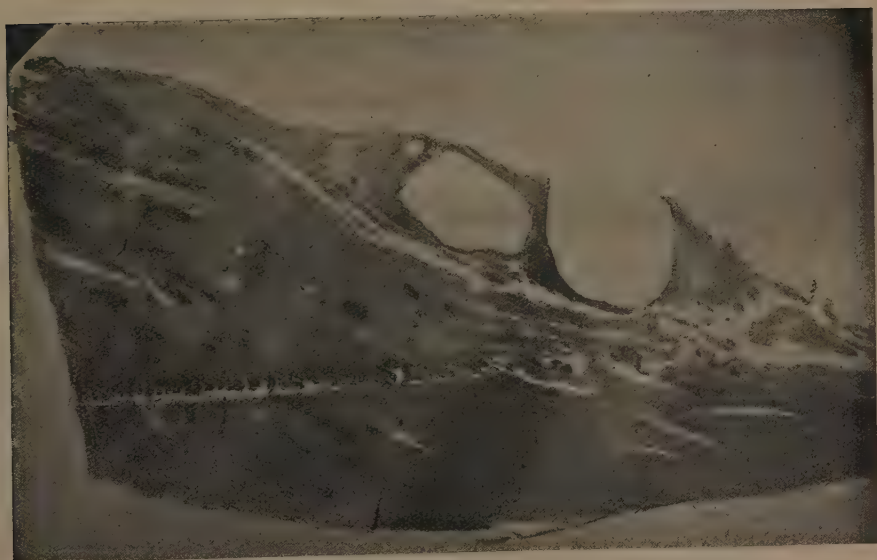


Fig. 4. — Microphotographie démontrant les petits kystes à l'intérieur.

dégager le bord supérieur de la tumeur, que l'on détache à coups de ciseaux du diaphragme. La tumeur libérée, on place les grandes pinces au niveau du hile de la rate et on sectionne le pédicule en prenant un soin particulier de l'artère splénique qu'on ligature séparément à la soie. On constate, en outre, quelques adhérences intestinales que l'on sectionne facilement. Fermeture des différents plans. Pansement compressif. La tumeur pèse 3 1/2 kilos (fig. 2).

19. V. — La malade a des gaz. On enlève les mèches et on les remplace par deux drains, compresses chaudes sur le ventre. Le soir, la température baisse et l'état général est meilleur.

21. V. — La malade a des selles.

23. V. — Brusquement, dans la matinée, la malade se sent ballonnée avec transpirations ; douleurs vives dans tout le ventre, sans fièvre ; pouls 90. A l'inspection, l'abdomen est très ballonné ; à la palpation, il est très douloureux surtout à la détente. Il n'y a ni antipéristaltisme, ni vomissement. On fait un grand lavement de 2 litres d'eau chaude, une piqûre de péristaltine et on applique des compresses chaudes sur l'abdomen ; la malade a quelques gaz, mais pas de selles ; elle se sent un peu soulagée. Vers 5 heures de l'après-midi, elle ressent de nouveau une douleur dans tout l'abdomen, qui devient de plus en plus volumineux et douloureux à la palpation. On pense à une subobstruction intestinale. On fait encore un grand lavement et on lui redonne de la péristaltine. La malade a subitement une selle liquide, avec un gros bouchon de matières, qui très probablement provoquait la subobstruction. Après ces selles, la malade se sent beaucoup mieux. Le ventre est moins ballonné.

24. V. — Passe une bonne nuit, a une purge. Se sent très bien.

26. V. — L'abdomen est souple, n'est plus du tout ballonné. On enlève les fils et les drains. La plaie opératoire est en voie de guérison.

10. VI. — Se lève depuis quelques jours et ne présente plus aucun trouble du côté de l'abdomen.

17. VI. — Exeat, guérie.

*Examen anatomo pathologique obligamment
fait par M^r le Prof. Askanazy et son élève Howald*

Rate en dégénérescence kystique avec une grande cavité de 2900 cc. de volume. La paroi du kyste est formée par les tissus de la rate modifiés. L'épaisseur de la paroi atteint, à quelques endroits, jusqu'à 15 mm. ; mais, le plus souvent, elle ne dépasse pas 1 mm. A quelques places, la paroi du grand kyste contient de petits kystes en grand nombre.

Au microscope, (figure 4) la *capsule* de la rate est, d'une façon générale, uniformément large, non épaissie, mais un peu étirée par places. A d'autres endroits, elle présente, sur son côté externe, des adhérences lâches, conjonctives. Dans d'autres coupes, par contre, on trouve de l'épithélium péritonéal parfaitement bien conservé. Là où des petits kystes affluent, la capsule est épaissie.

Le *tissu splénique* conservé montre des *follicules* en assez grand nombre ; on en compte jusqu'à 5 par champ. Un certain nombre de follicules présentent nettement des centres germinatif. Les *trabécules* parcourent les endroits amincis.

La *pulpe* est, d'une façon générale, anémiée. La réaction au fer est négative. On trouve de nombreuses fentes vasculaires qui augmentent en nombre du côté du kyste. Ces vaisseaux, dont les lumières sont dessinées nettement, sont, pour la plupart, vides. A divers endroits, la pulpe apparaît comme aplatie et comprimée avec des traînées atrophiques. Là où la paroi est mince, les capillaires se dirigent, la plupart du temps, dans le sens de la surface.

La *paroi du kyste* est formée par des lamelles de tissu conjonctif de différentes épaisseurs ; en partie, elle est mince, à d'autres endroits, elle paraît plus épaisse par l'apposition de trabécules. Les lamelles se composent de faisceaux collagènes trapus, à noyaux rares ; dans la plupart des coupes, on reconnaît à l'intérieur de la paroi un revêtement endothélial bien développé. On n'y peut pas déceler de fibres élastiques. Les petits kystes sont tantôt contigus, tantôt séparés par du tissu splénique. Ils présentent souvent une paroi conjonctive qui est tapissée du côté intérieur par une couche de tissu plus riche en noyaux formant un large syncytium

endothélial. Cette couche se colore au van Giesen en une nuance jaunâtre contrastant avec le rouge foncé de la couche de conjonctif.

Les microphotographies et photographies ont été aimablement faites par M. le D^r Reymond.

Depuis cette date, la malade se porte à merveille. Le 21. IV. 25, elle accouche d'un enfant normal à la Maternité de Genève (Professeur Beuttner). Le D^r Chatillon, son médecin-adjoint, a bien voulu nous donner les notes et les détails suivants sur cet accouchement.

Primipare, âgée de 30 ans.

Bassin : 26. 32. 35. 22.

Dernières règles le 15. IV. 24.

Début des douleurs 20. IV. 25, à 15 heures

(position de l'enfant à l'entrée O I D T tête mobile).

Toucher rectal à 9 heures du soir ; col en partie conservé, perméable pour le bout du doigt. La tête s'est engagée (O I D T).

Bonne contraction utérine.

Le 21. IV. 25, à 2 h. de l'après-midi, col effacé, dilaté pour une grande paume de main ; la poche des eaux arrive à la vulve ; tête foetale au détroit supérieur. Rupture artificielle de la poche. Cœur foetal régulier, 128.

Le 21. IV. 25, à 9 h. 30, les douleurs étant devenues plus faibles et la tête étant engagée, on injecte 1/2 cc. de pituitrine ; à 10 h. 25, accouchement spontané.

A 10 h. 45, délivrance spontanée, selon le mode de Schultze. Bonnes contractions utérines postpartum. Involuntion normale.

Levée le 7^e jour, quitte le service le 12^e.

Enfant : fille 52 cm. longueur, 4100 gr. poids ; placenta 800 gr. 24 × 32 × 3, cordon 50.

<i>Examen du sang</i>	le 26. III. 25	le 25. IV. 25
Hémoglobine	65	80
Gl. rouges	4.040.000	7.000.000
Blancs	8.400	9.800
Val. globulaire	0.723	0.51
Poly. neutro		75

<i>Examen du sang</i>	le 26. III. 25	le 25. IV. 25
Eos.		1
Total poly		76
Gros monos		7
Moyens		4
Lympho		13
Total mono		24
	Plaquettes sanguines abondantes.	

CONCLUSIONS

1. L'étiologie la plus fréquente des grands kystes de la rate est : le traumatisme, l'embolie de l'artère splénique post-partum, la torsion du pédicule, la dilatation des vaisseaux et des sinus lymphatiques. Celle des petits kystes superficiels est l'inclusion de l'endothélium péritonéal.
2. Dans notre cas, l'étiologie reste obscure, à moins que l'on admette la conception réticulo-endothéliale.
3. La composition du sang ne paraît pas avoir été modifiée par la splénectomie.
4. La splénectomie n'a pas troublé l'accouchement subséquent.

■
* *

Surgery of the spleen

A. W. SHEEN, C. B. E., M. S., F. R. C. S.

Professor of Surgery, University of Wales, Cardiff

My contribution to this discussion is limited to a few notes, which I shall illustrate by lantern slides.

RADON

Where radium in large quantities and in suitable applicators is not available, radium emanation (« Radon ») can be used instead and produces shrinkage of the spleen. The Medical Research Council of London has established a

« Radon Centre » at the Middlesex Hospital, whence Radon is issued to suitable applicants. Professor S. Russ is in charge of the Centre, and to him I am indebted for much help and for certain of my illustrations. The Radon with an initial strength equivalent to 250-300 millicuries is supplied in a glass tube curved and moulded over a suitable screen made of a rubber-paraffin composition covered with 48 mm. of lead. Applications are repeated over periods varying from 12 to 24 hours. The illustrations shew the tube, the screen and the method of manufacture.

THE SPLEEN IN LEUKAEMIA

One case shewed shrinkage of the spleen after Radon but the leukaemic generalisation made it far too advanced for operation. The spleen at autopsy was universally adherent, rendering it quite irremovable by operation and I illustrate it in section shewing infarcts. An early case, successfully operated on after Radon and transfusions, is shewn by outline on the patient and by photograph of the spleen. The infarcts are to be noted.

UNIDENTIFIED SPLENOMEGALY

Some cases of splenomegaly remain unidentified as they do not fit into any described disease. A patient had some of the clinical symptoms of Gaucher's disease, but the microscopic appearances did not agree with this diagnosis. I shew a microphotograph from the spleen successfully removed by operation.

For the following description I am indebted to my colleague, Dr E. H. Kettle, Professeur of Pathology in the University of Wales.

The spleen shews intense congestion, the sinuses are dilated and engorged with blood. There is no fibrosis, in fact the stroma is much less obvious than usual, so that over large areas very little but blood enclosed in a delicate connective tissue spongework can be made out.

There is atrophy of the Malpighian Corpuscles and, in general, nucleated cellular elements are very few in number.

There is nothing distinctive in the histological picture.

BANTI'S DISEASE

In advanced cases of Banti's disease with liver involvement and ascites, the operative outlook is unfavourable in spite of every care. I shew a microphotograph of a spleen removed by operation in such a case : death resulted. Professor Kettle's description is as follows :

The spleen shews a high degree of fibrosis which affects the reticulum of the pulp to some extent, but much more so the connective tissue trabeculae and the capsule.

The Malpighian Corpuscles are irregular in their distribution but where present shew considerable hypertrophy.

The sinuses are rich in cells, containing many neutrophile leucocytes and an excess of eosinophile cells.

The lining endothelium shews much activity. Small mono and multinucleated giant cell forms can be seen, and there is much phagocytosis of red blood corpuscles. There are no particular changes in the vessels.

CONGENITAL SYPHILIS OF THE SPLEEN

A case of this in a girl aged 17 in which the spleen was successfully removed after failure of other treatment, shewed remarkable X-Ray opacity. There was diffuse fibrosis in the microphotograph. The following is Professor Kettle's description :

The most notable change is a diffuse fine fibrosis affecting the stroma of the pulp rather than the capsule or the fibrous tissue trabeculae, though these are also increased in amount. It is particularly noticeable immediately beneath the capsule where there is a zone in which the sinuses are practically obliterated by the new formed fibrous tissue.

The spleen is generally congested and there are areas of interstitial haemorrhage, but the absence of any pigmentation suggests that these are the result of operative manipulation.

There is definite hypertrophy of the Malpighian Corpuscles with proliferation of the central reticular cells.

The sinuses contain many mononuclear splenocytes but there are no abnormal cellular elements and no evidence of excessive phagocytosis of red cells.

DIATHERMY DURING SPLENECTOMY

I have recently adopted the method described by Crile of passing the diathermy current through the liver area during splenectomy. I think lessened shock has resulted. The illustrations shew the method.

ROUTINE METHODS

Before operation I employ Radon applications, transfusions and the administration of 5 % lactose in amounts of 1/2-1 litre daily for several days before operation. This last improves liver metabolism. During operation liver diathermy is used and a blood donor is in attendance.

INCISION

After trying various incisions, I have adopted a long left paramedian one. It gives good exposure, heals well and no nerves are injured.

BLEEDING FROM TRANSFUSION WOUND

This occurred in one very advanced case of leukaemia. The haemorrhage was arrested with difficulty. The patient was not operated on and died later of the disease.

RUPTURED SPLEEN

It is interesting to note that a large rupture of the spleen day heal spontaneously. Many years ago, a lad of about 18

had an abdominal injury. No operation was performed. He died 17 days later. At the autopsy liver, spleen, and both kidneys were found ruptured and undergoing repair. Death had taken place from fresh omental haemorrhage.

*
**

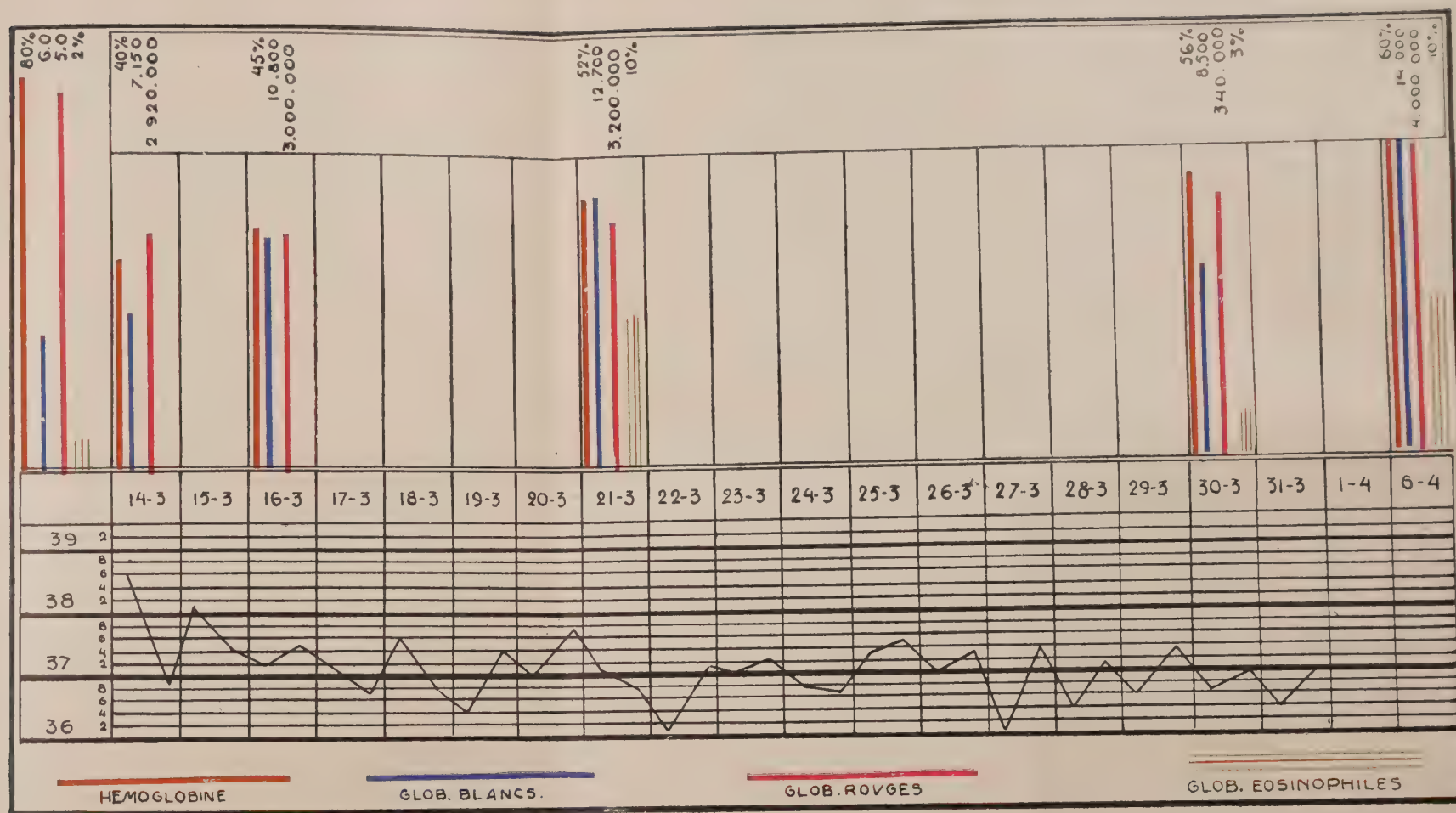
Chirurgia della Milza

Prof. LUIGI SILVESTRINI, Rimini

Ho praticato varie splenectomie e seguito vari splenomegalici nel loro trattamento medico e radioterapico e sono venuto alla conclusione che mentre per alcune malattie la splenectomia rappresenta l'unico trattamento efficace, in altre non solo non è vantaggiosa, ma deve essere contraindicata. Fra queste l'anemia perniciosa e la leucemia, nelle quali, nonostante qualche miglioramento passeggero, si ha un risultato quasi nullo con una mortalità postoperatoria elevatissima. Invece nella splenomegalia malarica cronica, io ritengo indicata la splenectomia, per evitare quelle complicanze a carico della crasi sanguigna e del fegato che se in parte si devono alla malattia fondamentale, si devono pure in gran parte al metabolismo splenico alterato. Quindi esaurite le cure mediche e radioterapiche, si deve intervenire per prevenire le complicanze. In rapporto alla radioterapia, le forme splenomegaliche, iperemolitiche e leucemiche risentono beneficamente dell'azione dei raggi X, mentre quelle a fondo fibroadenico, sclerotico non si avvantaggiano della radioterapia.

Quanto alla tecnica, io ho usato come incisione addominale, l'incisione di Kehr a sinistra. Per quanto io ritengo che non si possa stabilire un tipo unico, pure nella scelta si deve tener presente l'utilità di questa incisione.

*
**



Chirurgie de la rate

D^r Alexandre ZAWADZKI (Varsovie)

J'avais l'occasion d'intervenir pour les causes traumatiques de la rate sept fois.

Mes trois premiers cas ont été présentés au premier Congrès international de chirurgie en 1905 et publiés dans le compte rendu du congrès.

Mes deux cas suivants que j'ai présenté au Congrès français de chirurgie en 1909 sont publiés dans le compte rendu de ce congrès.

Parmi ces cas (je ne les cite pas, parce qu'ils sont publiés) j'ai exécuté en 1905 une ablation partielle de la rate (coup de revolver) en bouchant la surface de section par une greffe épiploïque.

En 1903 j'ai suturé la rate (coup de couteau) en employant pour renforcer mes sutures une greffe épiploïque. Il faut donc croire, que c'est moi, qui a employé parmi les premiers la greffe épiploïque pour bouchonner les plaies de la rate.

Voici mes deux derniers cas inédits que je vous présenterai rapidement.

Il me semble, qu'ils sont intéressants au point de vue de la fonction de la rate.

1° En 1922, un enfant de 6 ans, tomba du premier étage sur une rampe de l'escalier, contusion de l'abdomen, signes d'une hémorrhagie interne. Cinq heures après l'accident je préconise une laparotomie médiane et transversale gauche ; la rate est rompue en trois parties séparées, le diaphragme est rupturé et la rupture est bouchonnée par le poumon enclavé dans cette rupture. Ablation de la rate, reposition du poumon, suture du diaphragme. Suites opératoires très simples, compliqués légèrement par une affection passagère du poumon gauche. L'examen du sang a montré, malgré une notable perte de sang, une augmentation relative d'hémoglobine (90 %), une hyperérythrocytaémie (8.500.000), 18.000 de leucocytose. Au bout d'un mois la numération de la formule sanguine est redevenue normale.

Le second cas (1925), une fille, âgée de 6 ans, est tombée du premier étage sur une poutre. Le médecin du pays a diagnostiqué une rupture de la rate et a envoyé au troisième jour la petite pour une intervention.

Signes d'une hémorrhagie interne, t. 38°. L'examen du sang, pris avant et après l'opération que vous trouverez, messieurs, sur le tableau. Au cours de l'opération j'ai trouvé la rate rompue en trois parties séparées ; extirpation de la rate, guérison.

Il me semble que le premier cas, qui a été opéré 5 heures après l'accident, nous donne une augmentation de globules rouges, parce que la fonction de la rate a été rapidement supprimée et les autres agents ne pouvaient la reprendre immédiatement.

Le second cas opéré au troisième jour après l'accident nous instruit, que la fonction de la rate, détruisant les globules rouges a été déjà remplacée par les autres agents et les globules rouges ont été notablement diminués par une hémorrhagie et par l'action détruisante déjà reconstituée.

Ces sont les faits cités par les rapporteurs, notamment par M. Henschen.

L'autre fait, c'est une augmentation de l'éosinophilie, qui persistait assez longtemps ainsi qu'une leucocytose.

Une disparition brusque de la rate saine a provoquée une sorte de maladie du sang.

Parmi les cas déjà publiés par moi, qui tous sont guéris, il faut noter un cas très curieux. Au bout de deux mois il s'est produit une ulcération de l'estomac, suivie d'une perforation et d'un abcès souphrénique, qui amena la mort. Le malade était un sujet âgé de 28 ans parfaitement sain avant l'accident.

Il me semble, que cette ulcération a été causée par une disparition brusque de la rate, ce qui a été signalé par les rapporteurs comme une complication rare.

Les autres opérés sont dans un état parfait de santé, même j'avais l'occasion d'examiner un d'eux au bout de 22 ans. Il travaille durement et depuis l'opération n'a été jamais malade.

Chirurgie de la rate

Prof. TANSINI (Pavia)

Je remercie le prof. Leotta, qui a rappelé dans son rapport que c'est moi qui eut l'idée, et l'appliqué pour la première fois, d'associer l'opération de Talma à la splénectomie dans la maladie de Banti au troisième degré ; ouvrant ainsi une voie nouvelle pour la guérison des malades qui étaient voués à une mort certaine et rapide. Je me permets cependant de prendre la parole pour vous faire observer que dans quelques uns des rapports qui ont été présentés au Congrès on n'a pas tenu compte de mon idée tandis que dès 1901, j'obtins, le premier, un succès complet et permanent avec cette opération combiné dans un cas bien constaté cliniquement et confirmé avec l'examen anatomique de la rate enlevée.

De même dans la littérature qui est annexée aux rapports, on ne trouve pas trace de mon travail à propos de ce premier cas heureux qui, pourtant est publié dans le volume LXVII de l'Archiv für Klinische Chirurgie de Langenbeck, périodique bien connu et très répandu.

Mon opération fut plusieurs fois pratiquée avec succès, d'abord en Allemagne, et après en Angleterre et en France, et trouva son indication même dans d'autres lésions de la rate, comme dans un cas que j'ai opéré de splénothrombose avec ascite et dans la splénomégalie paludéenne avec ascite (Finkelstein).

Je crois donc utile pour l'histoire et pour ma satisfaction personnelle d'appeler l'attention de l'assemblée sur mon œuvre.

*
**

Kystes hydatiques de la rate

Professeur FROELICH, de Nancy

Les kystes hydatiques sont rares en Lorraine. J'ai eu cependant l'occasion d'en observer 15 cas, dont deux kystes de la rate. Le premier cas concerne une petite fille de 12

ans qui entra à la clinique de l'Hôpital civil de Nancy avec une tumeur siégeant dans le flanc gauche sous le rebord costal. Elle avait le volume d'un poing d'adulte, elle était mate à la percussion sur son point culminant, elle n'était nullement douloureuse, mobile transversalement, mais fixe dans le sens vertical. La tumeur n'avait donné aucun symptôme et c'est par hasard que les parents s'en étaient aperçu depuis deux mois.

La tumeur quand on la fixe est dure et rénitente mais nullement fluctuante. Néanmoins le diagnostic de kyste est porté, kyste simple ou kyste hydatique, du mésentère ou de la rate. Le foie n'est pas augmenté de volume, pas de frémissement hydatique, les recherches de laboratoire, faites pour le diagnostic de la nature de la tumeur restèrent négatives.

Opération. — Une incision oblique est faite, sous chloroforme, à deux travers de doigt du rebord costal gauche. Après section du péritoine épaissi la tumeur apparaît lisse, brillante et nacrée, à sa partie inférieure on voit le gros intestin qui se laisse refouler. La tumeur est ponctionnée et stérilisée au formol, il s'en échappe deux vésicules filles. On essaye de décortiquer la tumeur et de l'amener à l'extérieur, on réussit à sortir la moitié du kyste, le reste est trop adhérent au tissu splénique et ne se laisse séparer qu'en saignant.

Une partie de la paroi du kyste est excisée, le reste est fermé par capitonnage et le tout rentré dans le ventre.

La guérison se fit par première intention et l'enfant quitta la clinique après 15 jours.

Elle fut revue 2 mois après, la guérison persistait, mais sur la rate qui débordait toujours les fausses côtes, on percevait une plaque indurée et saillante de l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Dans la 2^e observation, il s'agissait d'un cas plus difficile, un kyste unique intrasplénique. C'est un homme de 34 ans, ancien soldat d'Afrique, impaludique. Il avait été ponctionné deux mois avant de venir à l'Hôpital pour un kyste hydatique que le médecin n'avait pas pu localiser, au foie ou à la rate. Son ventre était gros depuis 5 mois lorsqu'il subit cette ponction. Jamais il n'avait souffert auparavant. Le médecin évacua deux litres de liquide, eau de roche, il in-

jecta dans la poche 40 grammes de liqueur de van Swiéten. 3 jours après, gros frisson, 40° de fièvre : après cela il exista des malaises et de l'inappétence. Après trois semaines le ventre était de nouveau aussi gros qu'auparavant. Quand nous le vîmes il existait une grosse tumeur abdominale remplissant l'hypochondre gauche et l'épigastre, assez nettement circonscrite, à point culminant situé sur le bord externe du grand droit gauche. Matité partout sauf en un certain point de la tumeur situé vers la partie inférieure.

La matité se continue avec celle du foie et s'étend en arrière jusqu'à la région rénale, donc kyste de la rate ou peut-être du lobe gauche du foie.

Opération. — Incision sur le bord externe du grand droit gauche, le grand épiploon est fortement adhérent à la tumeur, plus haut le gros intestin est largement étalé sur le kyste, enfin plus haut encore on distingue l'épiploon gastro-colique et l'estomac.

Il est impossible de décoller le grand épiploon. L'incision est faite à travers l'épiploon gastro-colique, mise à nu du kyste sur une partie de sa saillie, ce qui est très laborieux ponction avec un gros trocart, il sort deux litres de pus, lavage à l'eau bouillie. J'arrive à décortiquer les deux tiers du kyste qui est intrasplénique, résection de cette partie, l'hémorragie est très considérable ; enfin suture à la paroi. Cette marsupialisation n'est possible qu'en dehors et en haut, partout ailleurs la friabilité extrême de la paroi empêche toute suture. Pour protéger la cavité péritonéale qui est largement ouverte, je place un Miculicz dans la cavité du kyste avec au centre un tube de caoutchouc.

Malgré ces conditions défavorables les suites opératoires furent des plus bénignes. Après 5 jours, enlèvement du drainage à la Miculicz, un gros tube est laissé dans la plaie. Après 11 jours, expulsion de la membrane propre du kyste ; après 3 semaines, le malade se lève ; il sort après 7 semaines avec une petite fistule mais en parfaite santé.

Plusieurs fois des éruptions d'urticaire se montrèrent dans le cours du traitement.

Le traitement de choix des kystes hydatiques de la rate est d'après nos rapporteurs la marsupialisation. Dans le

premier de nos cas, nous avons pu faire un traitement plus complet et plus radical en pratiquant l'extirpation partielle et la réduction de la tumeur après capitonnage.

Dans le deuxième cas, la suppuration du kyste, provoquée vraisemblablement par le passage du trocart à travers le gros intestin étalé sur le kyste nous força à une opération très laborieuse, dans laquelle la marsupialisation même fut impossible, mais qui guérit grâce à un drainage à la Miculicz.

*
* *

M. DOMINICI (Sassari) présente plusieurs pièces intéressantes de rates enlevées chirurgicalement. Il insiste sur les accidents (en particulier d'occlusion), dus à la ptose de rates volumineuses. La roëntgenthérapie peut être utilisée avec fruit dans les premiers stades de la splénomégalie paludéenne.

Quant à la technique, elle doit savoir se plier aux exigences de chaque cas.

*
* *

Chirurgia della Milza

FELICE ROSSI (Aquila)

Ha operato quattro casi di milza : due casi di rottura traumatica osservati in guerra, uno morto o l'altro guarito con la sutura della milza e tamponamento ; un caso di cisti d'echinococco marsupializzato e guarito, ed un caso diagnosticato morbo di Banti, in cui fu asportato una grossa milza del peso di kg. 2,300 con la capsula della faccia esterna fibrosa bianca, madreperlacea, spessa oltre un centimetro. Alla sezione si trovò una cisti del polo superiore del tutto intrasplenica contenente 200 cc. di liquido sieroemoragico, con sepiamenti fibrosi approfondantisi nello spessore dell'organo.

L'esame istologico (Prof. Picchi, Istituto di anatomia patologica di Firenze) escluse la forma di fibroadenia del Banti, della milza emolitica, delle varie forme leucemiche, della forma granulomatosa, della tubercolare, della luetica, della malarica.

Tanto nella capsula fibrosa, con tendenza a trasformazione cartilaginea, quanto nel connettivo denso intorno ai vasi delle trabecole si trovarono configurazioni speciali : cristalline, sferiche nella capsula ; allungate, cilindriche nell'interno della milza, parzialmente affini per i colori nucleari, non somiglianti ad alcuno dei corpi estranei e deposizioni saline, fino ad ora note. Esse non trovano la ragione nemmeno in fatti di necrosi e sono formate di sostanza che non ha i caratteri dei comuni sali calcari.

La novità di tale reperto richiede ulteriori ricerche.

L'ammalato è guarito.

*
* *

Quelques indications spéciales de la splénectomie

MM. PAUL MOURE et PIERRE LYONNET, de Paris

Notre but est seulement d'attirer l'attention sur une forme particulière de stase intestinale, due à la compression de l'angle gauche du colon par des lésions de péricapnité. Nous avons pu constater au cours de nos recherches bibliographiques la rareté de cette complication d'origine capnique. Ce sujet fera d'ailleurs l'objet d'une étude complète qui sera publiée ultérieurement.

Bien que les occlusions au niveau de l'angle colique gauche aient été étudiées par Morestin, par Quénu et par Haim, ces chirurgiens n'envisagent pas le rôle possible de la péricapnité dans la genèse des brides pathologiques qui peuvent gêner le transit du colon. Par contre, Kobylinsky, de Pétrograd, ayant opéré trois cas comparables à celui que nous avons observé nous même, insiste sur les occlusions de l'angle colique gauche qui relèvent d'un processus de péricapnité.

Voici le résumé de notre observation :

Mme H. . . . , âgée de 40 ans, vient consulter, en novembre 1921, pour des douleurs dans l'hypochondre gauche accompagnées de constipation opiniâtre. Vers l'âge de 15 ans elle

présenta un syndrome abdominal aigu mal défini, qui nécessita un traitement de plusieurs semaines. Depuis cette époque elle resta constipée ; à 21 ans, elle mena une grossesse normale. Son état reste stationnaire jusqu'à l'âge de 35 ans. Elle subit alors un traumatisme auquel elle attache une grande importance dans la genèse de ses troubles actuels ; elle reçut dans l'hypochondre gauche un violent coup de manche de charrue. A la suite de ce traumatisme elle dut s'aliter et présenta une douleur très vive dans le côté gauche de l'abdomen, avec des vomissements noirâtres et du ballonnement. Puis les phénomènes aigus s'amendèrent progressivement, mais depuis cette époque apparurent des douleurs abdominales à siège épigastrique et à caractère paroxystique sous forme de coliques d'une durée de 30 à 40 minutes. Entre ces crises il persiste une sensation de lourdeur dans l'étage abdominal supérieur. Lorsque la malade couchée, se redresse, elle éprouve souvent une sensation douloureuse de déchirure sous le rebord costal gauche. De plus, cette femme toujours constipée, a vu sa constipation s'accroître et ne va à la selle que deux fois par semaine avec les plus grandes difficultés.

Lors de son entrée à l'hôpital, cette femme assez amaigrie, au teint terreux, présente un abdomen légèrement ballonné mais sans contracture. La percussion et la palpation révèlent une dilatation manifeste des colons transverse et ascendant. Il existe une douleur nette à la pression dans l'hypochondre gauche, douleur que l'on réveille également par la pression sur les dernières côtes gauches. La palpation de l'abdomen ne révèle aucune tumeur et le toucher rectal et vaginal se montre rien d'anormal.

L'examen radioscopique après lavement opaque, pratiqué par le Docteur Boileau, montre que les colons transverse et descendant sont accolés au niveau de l'angle splénique. Le lavement passe lentement après un arrêt accompagné de coliques, puis apparaît une image lacunaire, persistante sur l'origine du colon descendant.

On décide d'intervenir avec le diagnostic probable de cancer, bien qu'il n'existe aucune trace de méloéna et que la réaction de Weber soit négative dans les selles.

Opération. — Le 18 décembre 1921 : Hôpital St-Louis, Pavillon Cruveilhier.

Anesthésie générale au chloroforme.

Incision transversale, sus-ombilicale, étendue de la ligne médiane à la pointe de la 12^e côte gauche. En suivant le colon transverse, on remonte vers l'angle gauche, et l'on constate qu'il n'existe aucune adhérence avec l'origine du descendant : il y a seulement adossement en canon de fusil. L'angle gauche est fortement attiré en haut et en dehors par un bride solide qui n'est en réalité que le ligament phréno-colique anormalement épaissi. Il est sectionné entre deux ligatures. En tournant de gauche à droite l'angle ainsi libéré en dehors, on constate que la terminaison du colon transverse est fixée par des adhérences solides au pôle inférieur de la rate. Il existe dans toute cette région de nombreux tractus fibreux, denses et solides qui solidarisent la rate, le lobe gauche du foie, la coupole diaphragmatique et la terminaison du colon transverse. Le foie est assez facilement libéré mais la rate fait absolument corps avec le colon et en cherchant à la dégager elle se déchire au voisinage de son pôle inférieur. On active alors la libération et on termine l'opération par une splénectomie. Le pédicule splénique est lié en deux paquets. On assure un hémostase soigneuse de la loge splénique. L'angle colique gauche ainsi libéré descend spontanément et se place normalement en dehors du lobe gauche du foie. L'angle aigu qu'il formait auparavant s'est effacé. Les surfaces cruentées sont enduites d'huile végétale et l'hémostase paraissant parfaite, la paroi est refermée en deux plans au catgut sans drainage.

Les suites opératoires furent très simples, sans incident, et la malade quitta l'hôpital le 31 décembre.

Elle a été régulièrement suivie depuis cette époque et revue au mois de janvier dernier. Les douleurs abdominales ont disparu, il existe cependant parfois une sensation de lourdeur dans l'hypochondre gauche, lorsque la malade se trouve fatiguée. On peut considérer en somme que cette opération a déterminé la guérison, car cette femme, veuve de guerre, qui dirige une ferme, se livre aux travaux des champs et manie elle-même la charrue.

Des examens de sang pratiqués après la splénectomie ont montré une formule sanguine normale. L'examen de la rate a montré qu'elle présentait un volume et un poids normaux ; elle était entourée par une capsule épaisse, scléreuse.

*
* *

Nous pensons que dans ce cas, le traumatisme a été la cause première des accidents et nous ne croyons pas devoir incriminer une lésion inflammatoire primitive de la rate ou une périviscérite localisée d'origine tuberculeuse. Le violent coup de manche de charrue que cette femme reçut dans l'hypo-chondre gauche, a produit vraisemblablement une fissure du pôle inférieur de la rate ; l'hémorragie s'est arrêtée spontanément et a produit un hématome de la loge splénique qui a peut-être été légèrement infectée par le voisinage du colon. L'hématôme s'est résorbé lentement, sans suppurer, mais en provoquant la formation de brides fibreuses englobant tous les organes de la région.

Il ressort de cette observation et de celles de Kobylinsky que des lésions inflammatoires ou traumatiques de la rate peuvent produire des brides périspléniques qui, par leur rétraction cicatricielle, déplacent, coudent ou compriment l'angle gauche du colon et peuvent déterminer des phénomènes de stase colique ou même provoquer des accidents aigus d'occlusion intestinale.

■
* *

Indications nouvelles de la splénectomie

Prof. SCHOEMAKER (La Haye)

Si vous voulez bien me le permettre, j'ajouterai encore une indication de splénectomie à celles qui ont été mentionnées au cours de la séance.

Il y a des cas d'hémorragies où le malade perd continuellement du sang par le rectum sans que l'on puisse découvrir aucune anomalie anatomique à l'intestin.

La véritable cause de ces hémorragies nous est inconnue. A la rigueur nous pourrions les appeler entérorragies « essentielles ».

Dans ces cas-là la splénectomie est très efficace.

J'ai traité une dame qui, depuis sept ans, perdait régulièrement de petites quantités de sang qui n'étaient pas visibles à l'examen macroscopique, mais dont la présence était constatée à l'examen chimique. En outre, l'examen du sang prouvait que la malade souffrait d'une anémie secondaire primaire. Notamment, il n'était pas question de thrombopénie.

Sa basant sur les radiographies qui induisaient en erreur, l'on avait posé à tort le diagnostic d'ulcère de l'estomac et, se fiant à ce diagnostic, on me demandait de faire la résection de l'estomac.

Au cours de la laparotomie il me fut impossible de découvrir aucune anomalie à l'estomac ou à l'intestin et je pratiquai l'ablation totale de la rate. Ceci analogiquement aux cas de gastrorragies, se manifestant avec l'anémie splénique et aux cas d'hémorragies dans la peau, symptôme accompagnant le purpura, la splénectomie se pratiquant avec succès dans ces cas-là.

Le résultat de l'intervention opératoire fut qu'à partir de ce jour la réaction chimique des selles sur le sang fut négative.

Ceci me conduisit à pratiquer la splénectomie chez une autre malade qui, depuis quelques années était soignée dans ma clinique, souffrant d'entérorragies profuses pour lesquelles une partie du côlon avait déjà été réséquée. Lors de la rectoscopie on avait constaté à plusieurs reprises que le rectum s'emplissait continuellement de sang, tandis que la muqueuse avait un aspect tout à fait normal.

De plus, l'examen microscopique de la partie réséquée du côlon avait prouvé également l'absence de toute anomalie.

Mais le caecum et le côlon ascendant sur lequel, antérieurement, une caecostomie avait été pratiquée et dont la fonction, à ce moment-là était complètement enrayée, était sans cesse sujet à des hémorragies.

Chez cette malade j'enlevai la rate, et, en même temps le caecum et le côlon ascendant.

De nouveau, l'examen microscopique n'en releva aucune

anomalie et pourtant je suis absolument sûr du fait que des enterorragies de cette partie-là du côlon se sont produites.

De suite après l'intervention les hémorragies cessèrent. Au cours de l'examen microscopique l'absence de sang dans les selles fut constaté ; deux fois encore on constata du sang par réaction chimique, mais à partir de ce jour-là, les hémorragies ont cessé complètement. La malade a été guérie de ses hémorragies « essentielles » par la splénectomie.

Je crois donc pouvoir préconiser la splénectomie en cas d'entérorragies, lorsque toute autre cause ordinaire peut être exclue.

*
* * *

La chirurgie de la Rate

D^r E. KUMMER (Genève)

Rien de plus facile que de reconnaître l'existence d'une splénomégalie, mais les difficultés peuvent être grandes pour en établir la nature. C'est tellement vrai que même l'examen microscopique d'une rate extirpée peut laisser perplexes les anatomistes les plus expérimentés. L'examen du sang peut rapidement lever tous les doutes s'il s'agit, par exemple, d'une leucémie myéloïde bien établie ; mais l'incertitude peut persister même pour ces cas s'ils sont encore au début.

Nous apportons ici 9 cas d'opération pour splénomégalie : 2 cas de kystes non parasitaires, un cas d'hyperplasie de la rate sans caractère spécifique, un cas de rate infectieuse associée à une septicémie lente, un cas de maladie de Banti probable, un cas de splénomégalie avec subobstruction intestinale, un cas de leucémie myéloïde, un cas de lympho-sarcome et un cas de lésion de la rate et de l'artère splénique par arme à feu.

Une fois, nous nous sommes contenté d'enlever un kyste de l'ovaire sans toucher à un kyste coexistant de la rate, extrêmement adhérent et dont l'extirpation nous paraissait trop aléatoire : guérison. Dans le cas de splénomégalie avec

symptômes d'obstruction, nous nous sommes contenté de libérer les adhérences sans toucher à la rate, extrêmement adhérente : guérison. Dans les sept autres cas, nous avons pratiqué la splénectomie avec les résultats suivants : la malade atteinte de rate infectieuse est morte d'infection du lit de la tumeur, compliquée d'une pleuro-pneumonie ; trois autres de nos opérés sont morts quelques semaines ou quelques mois après l'opération qui ne nous paraît d'ailleurs pas responsable du résultat fatal : granulie dans un cas, ictus par embolie cérébrale dans un autre et récidive dans le cas de lympho-sarcome. Deux cas de splénectomie sont définitivement guéris : lésion traumatique de la rate et splénectomie pour kystes hématiques. Chose curieuse, le cas de leucémie myéloïde que nous avons opéré sans avoir posé le diagnostic, a très notablement bénéficié de l'intervention. L'amélioration, cependant, n'a été que temporaire. Actuellement, une année et demie après l'intervention, le malade sort d'une poussée leucémique et se trouve dans un état assez précaire.

La *technique opératoire* de la splénectomie doit tout d'abord viser à la création d'une large voie d'accès. Nous avons généralement choisi une incision médiane susombilicale sur laquelle est venue se greffer une incision tirée à gauche. Faut-il commencer par la ligature du pédicule ou par la mobilisation de la face supéro-externe de la rate ? Si cette mobilisation est possible dès le début, la bascule de l'organe facilite beaucoup la ligature du pédicule qui se trouve ainsi en dehors du ventre. En cas d'adhérences nombreuses et très hémorragiques, on est cependant bien obligé, parfois, de faire la ligature première qui donne l'avantage d'une hémostase immédiate, mais qui, pratiquée dans le fond de la cavité abdominale, est souvent malaisée à faire. Voici d'ailleurs nos observations dont plusieurs présentent peut-être cet intérêt que l'état du sang a été longuement suivi soit avant, soit après l'intervention.

1. — G. F., ♀ 8 ans, envoyée par le D^r Mallet pour *maladie de Banti* probable.

Forte anémie. Tuméfaction de la rate. Légère ascite.

Hématémèse. Melaena. Les deux sommets pulmonaires suspects.

Périodes d'hyperthermie. Epreuve de glycosurie alimentaire et adrénalique : négative.

Splénectomie. Recherche du pouvoir hémolytique de la rate : résultat négatif.

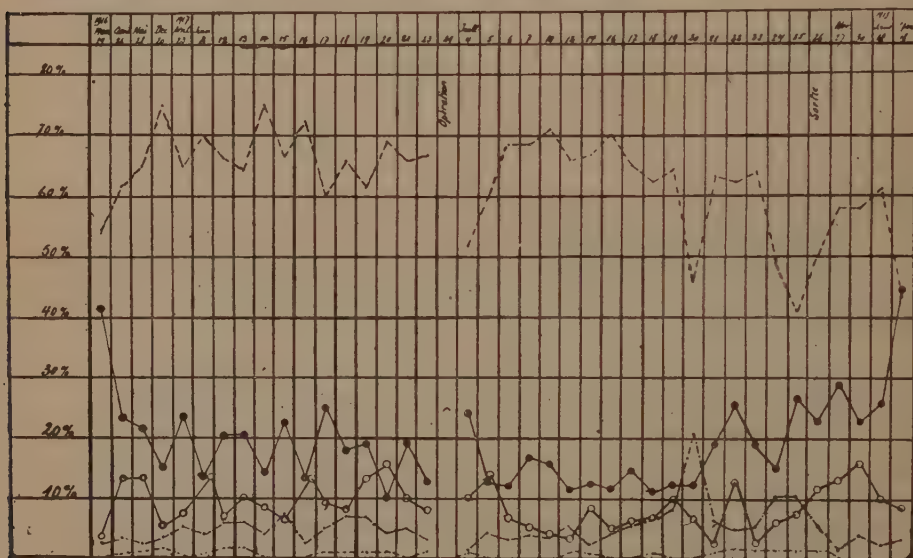
Guérison de la plaie sans incident.

Anatomie pathologique : hyperplasie de la rate avec fibrose de la pulpe (prof. Askanazy).

Décès 10 mois après l'opération, de granulie.

Etat du sang : voir courbe.

Neutrophiles - - - - - ; Lymphocytes —●— ; Mono —○— ; Eosino — - - - - ; Basophiles — - - - - ;



2. — P. C., ♂ 44 ans, artiste peintre. Splénomégalie myéloïde.

Transféré de la Clinique médicale pour tuberculose probable de la rate. Demande de splénectomie.

Douleurs épigastriques. Ictère à répétition. Périodes d'hyperthermie. Grosse tuméfaction de la rate. Foie dépasse légèrement le rebord costal. Wasserman négatif. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Sommet gauche suspect.

Splénectomie.

Dans la vésicule biliaires, des calculs auxquels on ne touche pas.

Guérison de la plaie sans incident.

Etat fébrile post-opératoire, apparemment indépendant de la plaie.

Suites tardives : état général bon. Fait de l'équitation.

Plus tard, oedème fugace du scrotum et des jambes, parfois gastralgies et vomissements.

Une éventration se produit au niveau de la cicatrice opératoire.

Treize mois après la splénectomie, le malade désire être opéré pour hernie inguinale.

Opération radicale, suivie de guérison immédiate.

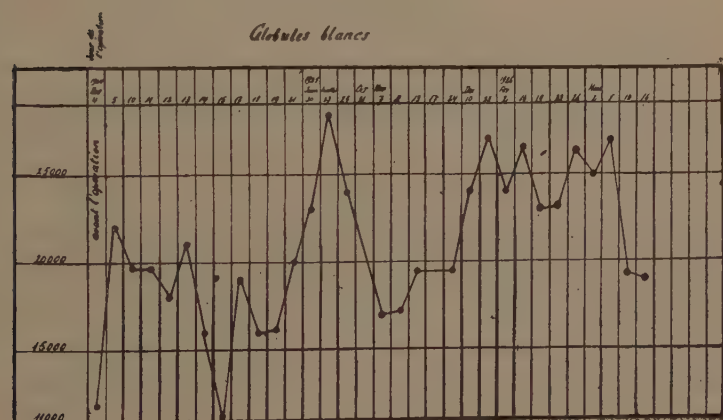
Apparition d'une thrombo-phlébite de la jambe gauche.

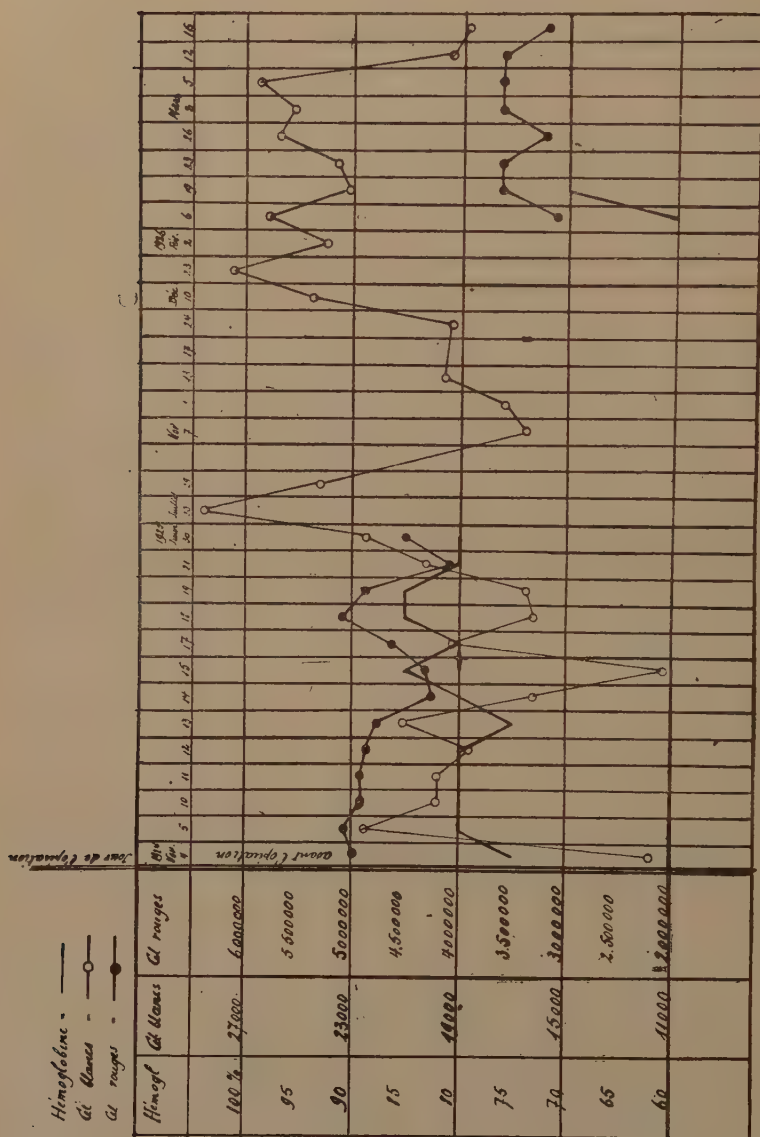
Oedème des deux jambes. Ascite. Ponction abdominale ramène 6 litres de liquide jaune verdâtre. Disparition des oedèmes. Amélioration notable. Quitte le lit, mais reste encore dans le service.

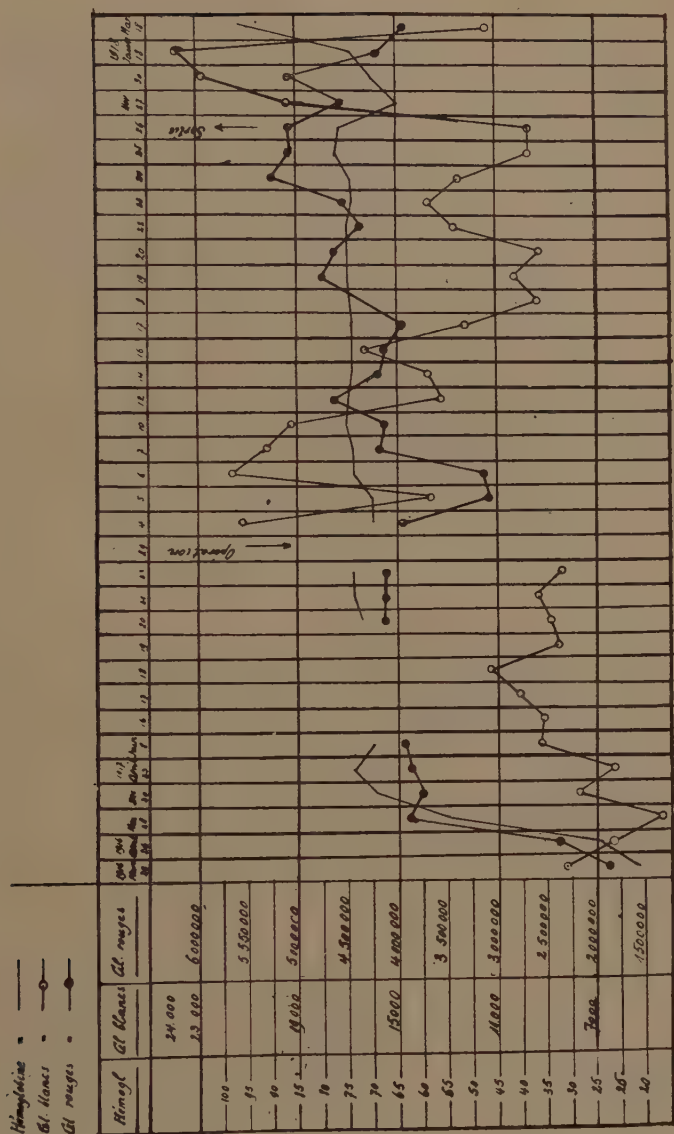
Anatomie pathologique : forte leuco-érythro-thrombopoèse.

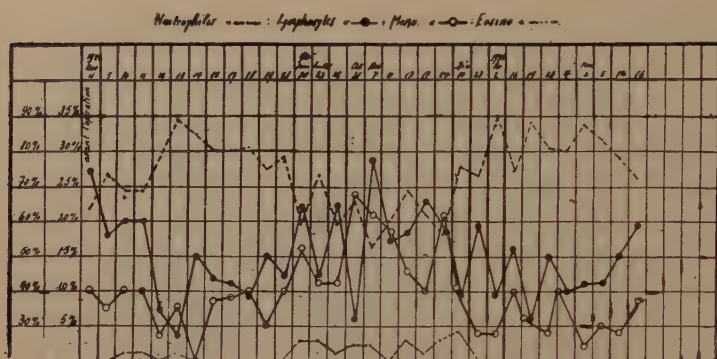
Atrophie des follicules lymphatiques.

Etat du sang : voir courbe.









3, — L. M., ♂ 37 ans. *Splénomégalie infectieuse.*

Transférée de la Clinique médicale pour tuberculose probable de la rate pour splénectomie.

Opération, suivie de guérison opératoire sans incident. Morte quelques jours après la sortie de l'hôpital, ictus par embolie cérébrale.

Anatomie pathologique : rate infectieuse avec infractus ; quelques abcès miliaries au début, dans la rate.

Liquide de la rate : stérile.

Autopsie : endocardite ulcéreuse.

Sang avant l'opération :

Hémoglobine	60 %
Globules rouges	3.875.000
Globules blancs	3.100
Polynucléaires	64 %
Lymphocytes	26 %
Grands mononucléaires	10 %
Eosinophile	0
Basophile	0

Sang après l'opération au 2^e jour :

Hémoglobine	60 %
Globules rouges	3.200.000
Globules blancs	16.000
Polynucléaires	86 %
Lymphocytes	10 %
Grands mononucléaires	4 %

Sang après l'opération au 18^e jour :

Hémoglobine	60 %
Globules rouges	2.447.250
Globules blancs	23.000
Polynucléaires	64 %
Eosinophiles	1 %
Lymphocytes	20 %
Grands mononucl. et formes de transit.	15 %

4. — B. E., ♂ 37 ans. *Splénomégalie sans caractères spécifiques.*

Envoyé par la Clinique médicale pour tuberculose probable de la rate :

Anémie avec lymphopénie et mononucléose. Wassermann négatif. Sommet droit suspect.

Splénectomie : grosse rate adhérente à la coupole diaphragmatique ainsi qu'à la grande tubérosité de l'estomac et au pancréas.

Mort trois semaines après l'opération, de faiblesse générale et phénomènes pulmonaires avec hyperthermie.

Anatomie pathologique : hyperplasie de la rate sans caractère spécifique.

A l'autopsie : abcès rétro-péritonéal sous-diaphragmatique et sous-rénal à gauche. Pneumonie chronique. Pleurésie purulente du lobe inférieur droit. Myocardite.

Sang avant l'opération :

Hémoglobine	60 %
Globules rouges	2.259.000
Globules blancs	5.500
Polynucléaires	83 %
Eosinophiles	1 %
Lymphocytes	12 %
Grands mononucl.	4 %
Aniso-cytose, poïkilocytose.	

Après l'opération au 3^e jour :

Hémoglobine	60 %
Globules rouges	2.000.000
Globules blancs	25.000
Polynucléaires	84 %
Lymphocytes	4 %
Grands mononucl.	12 %
Poikilocytose.	
Globules rouges nucléés.	

Au 12^e jour :

Hémoglobine	45 %
Globules rouges	1.850.000
Globules blancs	20.475
Polynucléaires	88 %
Lymphocytes	20 %
Grands mononucl.	10 %
Poikilocytose.	
Globules rouges nucléés plus rares.	

Après 2 mois et demi :

Hémoglobine	45 %
Globules rouges	2.450.000
Globules blancs	18.000
Polynucléaires	71 %
Lymphocytes	21 %
Grands mononucl.	8 %

5. — F. M., ♀ 38 ans.

Etat polykystique de la rate. Anémie, leucocytose légères. Eosinophile importante (12 %).

Splénectomie.

Guérison un peu retardée par suppuration de la paroi.

Après l'opération, légère leucocytose, lymphopénie (9.4 %).

Eosinophilie tombée à 3.2 %.

Anatomie pathologique : contenu hémorragique des kystes.

Parois du plus grand kyste : blanchâtres, fibreuses, par places, calcifiées. A côté du grand, plusieurs petits kystes hémorragiques. Pas de signes d'échinocoques.

6. — B. J., ♀ 53 ans.

Lymphosarcome de la rate.

Splénectomie.

Sang : leucocytose polynucléaires.

Guérison opératoire sans incident.

Anatomie pathologique : rate d'une longueur de 22 cm., largeur 15 cm., épaisseur 10 cm. Les 2/3 supérieurs de la rate sont occupés par une grosse tumeur proéminent sur la capsule splénique, tumeur grosse comme une tête d'enfant. La partie inférieure normale. Vers le hile, un noyau gros comme une pomme, qui s'anastomose avec la tumeur principale.

A la coupe de la tumeur, il se présente un tissu blanc grisâtre, lobulé, farci d'hémorragies. Au milieu de la grande tumeur, se trouve une large zone nécrosée.

Consistance du néoplasme : molle, élastique.

A la coupe, la tumeur a une longueur de 16 cm., largeur 15 cm., épaisseur 12 cm. La tumeur est assez bien limitée vis-à-vis de la partie normale de la rate. Le tissu normal est de couleur rouge clair. On ne voit ni follicules ni trabécules.

Au microscope, on voit, sur la préparation fraîche, des cellules ressemblant à des lymphocytes, mais de volume plus gros. Sur des coupes, on voit des cellules mononucléaires de tailles variables, ressemblant aux lymphocytes, mais plus riches en protoplasme. Entre les cellules, on voit des trabécules renfermant des capillaires ; par places, le tissu intersticiel présente des traînées hyaline.

Réaction amiboïde négative.

Dans le tissu normal de la rate, on voit des dilatations veineuses. Dans les capillaires de la pulpe, se trouvent des globules blancs, ainsi que des mononucléaires et des polynucléaires. Les follicules sont petits, mais ne présentent rien de particulier.

A l'examen du sang, on trouve une leucocytose, polynucléaires.

Diagnostic du Prof. Askanazy : lymphosarcome de la rate.

Morte de récurrence quelques mois après l'opération.

7. — P. R., ♀ 7 ans.

Blessure de la rate par balle de flobert. Hémorragie interne.

Laparotomie : blessure de la rate et déchirure d'une branche de l'artère splénique.

Splénectomie.

Guérison sans incident.

Sang :

9 jours après l'opération :

Hémoglobine	70 %
Globules rouges	4.926.000
Globules blancs	15.400
Polynucléaires	85 %
Basophiles	1 %
Lympho	1 %
Grands mononucl.	13 %

10 mois après l'opération :

Hémoglobine	85 %
Globules rouges	4.895.000
Globules blancs	18.000
Polynucléaires	65 %
Lymphocytes	27 %
Grands mononucl.	9 %

*
* *

**Su di una forma porticolare di splenomegalia
(splenomegalia linfatica) trattata con la splenectomia**

M. DONATI (Padova)

Come dimostrano anche le relazioni presentate a questo congresso, le indicazioni della splenectomia nelle splenomegalie sono molto numerose ; molte splenomegalie ritenute, fino a pochi anni or sono, rare e financo eccezionali, si sono invece dimostrate relativamente frequenti. Senonchè sono ancora insoliti, pur di fronte ai risultati delle splenectomie,

molti problemi d'eziologia e patogenesi, e gli stessi quadri clinici e anatomo-patologici offrono difficoltà per una classificazione nella quale si inquadrino tutte le osservazioni finora note.

Per questi motivi, avendo avuto occasione di eseguire la splenectomia in due casi che a mio modo di vedere hanno peculiari caratteristiche e affinità fra di loro, mentre si staccano dalle forme descritte di emopatie splenomegaliche, li riferisco qui nelle loro note fondamentali; le quali, se non sono identiche in qualche particolare secondario nelle due osservazioni, è lecito credere che ciò dipenda dal fatto che in una di esse la milza era stata soggetta a sedute radioterapiche che, pur non influenzando quadro clinico ed ematologico, hanno necessariamente alquanto modificato quello anatomico.

Il primo caso riguarda un uomo, tale B. F. di anni 50, che fino dall'età di 34 anni lavorando in Siberia nella costruzioni di una galleria ferroviaria, contrasse una grave forma dissenterica alla quale residuarono disturbi intestinali diarroidici, che, più o meno intensi ed alternati a periodi di benessere, non abbandonarono mai il malato durante molti anni nei quali egli visse nell'estremo Oriente. Ai disturbi accennati si associò nel 1924 un grave stato anemico con splenomegalia.

Fino dai primi esami di sangue fu notata una grave ipoglobulia (al disotto di due milioni) con valore globulare prossimo all'unità, nessun aumento nel numero assoluto dei globuli bianchi, qualche emazia punteggiata, qualche mielocita, linfocitosi e monocitosi relative. Fu praticata una serie di sedute di roentgenterapia e la milza si ridusse di volume, ma per crisi successive lo stato anemico si aggravò e pare che l'anemia fosse nell'Agosto 1924 tanto grave, da poter ricondurre ad essa diverse lipotimie che in quell'epoca si verificarono.

Sottoposto invano a varie cure mediche, fu in un periodo di relativo miglioramento (gl. r. 2.280.000, Hb. 48) che nell'Aprile 1925 eseguii sotto anestesia locale la splenectomia, resa assai laboriosa da aderenze numerose e tenaci (peso della milza grammi 550). Il malato, che è stato riveduto a distanza di tre, sei, nove mesi, è tornato alle sue occupazioni, è

aumentato di oltre 20 Kg. di peso, mentre gli esami di sangue danno ora un reperto normale. La milza dimostrò all'esame istologico una sclerosi assai avanzata, scarso deposito di pigmento in qualche cellula endoteliale, discreto numero di follicoli linfatici in rapporto alla sclerosi, nessuna trasformazione linfo- o mieloadenoidale del tessuto lienale.

L'altro caso riguarda una donna di anni 55, tale P. G., della quale è completamente tacita l'anamnesi. I suoi disturbi iniziarono nell'Agosto 1924 sotto forma di turbe intestinali a tipo diarroico. Nel Novembre dello stesso anno, mentre persistevano i fatti intestinali, un medico che la visitò riscontrò il tumor di milza. Nel Gennaio 1925 insorse dolenzia all'ipochondrio sinistro e si cominciò ad avvertire la presenza di una massa in rapporto al quadrante superiore sinistro dell'addome. Continuamente aggravandosi ed indebolendosi, la paziente ricoverò in Clinica ai primi di Luglio 1925. Qui fu constatata una imponente splenomegalia, mentre ripetuti esami del sangue mostrarono ipoglobulia ortocromatica, ipoleucocitosi con linfocitosi (59/100) e monocitosi (21/100) relative. Eseguii la splenectomia il 2 Agosto. La milza pesava tre Kg. e mezzo; sul fondo feccia di vino spiccava uno sviluppatissimo sistema follicolare. Al microscopio i follicoli non sono più distinguibili come unità, ma sono in gran numero fusi fra di loro risultandone un quasi completo annullamento del tessuto interfollicolare; all'infuori dell'enorme iperplasia dell'apparato linfatico, nessun'altra grave alterazione è stata rinvenuta nella struttura istologica dell'organo.

Anche questa paziente è stata seguita a distanza. Il suo miglioramento è stato radicale. Nei primi quattro mesi dopo l'operazione il suo peso è aumentato di Kg. 15, ha ripreso il suo lavoro di contadina, gli esami del sangue dimostrano un reperto del tutto normale per i globuli rossi e l'emoglobina, non vi è più leucopenia e la linfo- e monocitosi relative sono quasi scomparse.

In ambedue i casi, non esistevano segni di emolisi (resistenza globulare normale, assenza di bilirubinuria e di bilirubinemia, non aumentata la stercobilina). In ambedue era alto il valor globulare, ma mancava ogni altro segno ematico ed anatomico di anemia perniziosa, sia nella sua forma con-

clamata che in quelle forme fruste che anche recentemente ha studiato il *Pende*.

Negativi gli esami delle feci, ciò che é particolarmente interessante per il primo caso. Rimarchevole l'assenza anamnestica, confermata dalle ricerche cliniche e di laboratorio, della sifilide, della tubercolosi e della malaria; importante la negatività della ricerca biologica, culturale e microscopica di germi e parassiti nel sangue e nella milza, ciò che permette di escludere si trattasse di splenomegalie parassitarie in senso lato. Nello stesso modo il reperto ematico ed anatomico toglievano ogni dubbio di forme mieloidi o linfoidi aleucemiche, di malattia di Banti, e tanto meno di morbo di Gaucher, di forme granulomatosi o di neoplasmi.

Notevole nei due casi la similitudine della sintomatologia clinica e del reperto ematico, la scomparsa anche dei fenomeni enterici in seguito alla splenectomia, il nessun effetto in uno di essi della roentgenterapia, alla quale é certamente dovuta l'avvenuta riduzione di volume dell'organo e il quadro anatomico di fibrosi.

Riesce oltremodo difficile lo specificare il significato anatomo-clinico di questi casi, la cui eziologia e patogenesi d'altra parte ci sfugge: negative l'anamnesi e le ricerche di laboratorio, subdolo e banale il quadro clinico, anfibolo il reperto ematico, grave lo stato di astenia, di debolezza, di deperimento nel quale furono indotti i pazienti, e particolarmente degno di nota il pronto, sostanziale e persistente miglioramento seguito all'atto operativo. E' dunque lecito affermare che la splenectomia é stata un mezzo terapeutico di efficacia sicura.

E poiché nelle forme note non posso, come ho accennato, inquadrare le due descritte e la differenza anatomica fra esse è spiegabile con l'effetto della radioterapia che ha stimolato nel primo caso la produzione connettivale lasciando integro il carattere fondamentale linfatico della splenomegalia, credo di dover concludere:

a) In individui che hanno presentato sofferenze intestinali a tipo dissenterico si é costituita una emopatia splenomegalica i cui caratteri anatomo-clinici si possono così riassumere:

Splenomegalia linfatica con ipoglobulia e alto valore globulare, leucopenia con linfocitosi relativa.

b) In questa forma finora non descritta di splenomegalia, ribelle alle cure mediche precedentemente tentate, la splenectomia ha avuto rapido, sicuro e benefico risultato, con ritorno del quadro ematico alla norma e quasi immediato, cospicuo e duraturo aumento di peso del corpo e benessere generale.

*
* *

Radiotherapie splénique

Prof. D^r A. JURASZ (Pozna'n)

Allow me, to draw your attention to the method of irradiating the spleen by X-Rays in cases of haemorrhage, due to impairment of the clotting power of the blood. This method, described first by Stephan, has been recommended by myself for practical surgical use, in particular as a therapeutic measure in actual bleeding and as a prophylactic measure, to prevent postoperative haemorrhage. I cannot say upon which of the normal constituents of the blood the administration of X-Rays to the spleen acts, and by which factors, in which cases and to what an extent the delayed clotting time of the blood is increased — these questions, as we know from literature, are still under discussion and not yet unanimously answered. I can only say after a practical experience of 6 years, that the irradiation of the spleen by X-Rays, as a method, to stop parenchymatous and capillary haemorrhage in cases of faulty blood coagulation, seems to me as a rule a superior one to those of administering serum, gelatine, calcium chlorid or even to the blood transfusion. I have gained this experience in cases of postoperative haemorrhage after operation for Jacksonian epilepsy, excision of tonsils extraction of teeth, in haematuria, in bleeding dysentery ulcers, in cases of metrorrhagia. The necessary X-Rays dose for such a *therapeutic* irradiation is $1/3$ of the erythema dose.

Even more important for practical surgery seems to me the *prophylactic* value of irradiation of the spleen. It is a routine procedure in the surgical clinic of the University in Pozna'n, in all cases of suspected deficiency of blood coagulation to determine before the operation the clotting time of the blood by a modified method of Fonio. If it is found to be delayed, the patient receives about 15 hours before the operation an irradiation to the spleen corresponding $1/4$ of the erythema dose. This rule we follow regularly, when there is a history of haemophilia, in prolonged jaundice, in hyperthyroidism and in secondary anaemia.

The beneficial effect of such an irradiation has been observed by us most commonly during operations for gall stones combined with jaundice and for graves disease. Of some interest may be also a case of haemophilia, in which there was a marked anaemia due to a bleeding duodenal ulcer, which several surgeons have refused to operate upon. After the prophylactic irradiation of the spleen the gastroenterostomy could be performed without being followed by the slightest noticeable postoperative haemorrhage.

Though the effect of this method does not seem to be in all cases equal, the knowledge of it can nevertheless in many cases be of some value to the surgeon.

*
* *

Quelques remarques sur la splénectomie

C. POENARU CAPLESCO, Bucarest

Permettez moi, je vous prie, d'apporter à votre connaissance quelques observations de splénectomie suivies de quelques remarques, que je trouve nécessaires à la discussion.

Contusion abdominale indirecte, déchirure de la rate et du rein gauche, hémorrhagie interne ; intervention urgente, splénectomie et néphrectomie gauche, guérison.

Un jeune garçon, âgé de 14 ans, étant monté sur un toit, marche sur un carreau et tombe d'une hauteur d'environ

4 mètres. Etat général grave, pouls fréquent et filiforme, paleur de la face, soif. Contracture de la paroi abdominale au niveau de l'hypocoude gauche et douleur. Diagnostic : hémorragie interne par rupture de la rate. Intervention d'urgence : laparatomie médiane, une quantité de sang liquide et coagulé dans le péritoine, déchirure de la rate au niveau du chyle, le trait est irrégulier, profond, et va vers le bord antérieur et vers le pôle inférieur, les veines du chyle saignent en bavant parmi le sang coagulé, hémostase, splénectomie, toilette péritonéale. On constate un hématome énorme de la loge rénale. Ouverture transpéritonéale, le rein éclaté, baigne au milieu du sang, mêlé de caillots. Néphrectomie. L'asepsie de la région lombaire ne pouvant être faite en ce moment, à cause de l'état grave du malade, je laisse dans la loge rénale une compresse stérilisée, suture du péritoine pariétal. Exploration des viscères, aucune autre lésion, suture de l'abdomen. Les premières urines sanguinolentes. Après deux jours incision de 4 cm. dans la région lombaire, par laquelle j'enlève la compresse ; hémostase parfaite suivie de guérison.

Je tiens à signaler qu'après quelques mois le malade vient aux consultations avec fièvre, céphalée, état général mauvais. Il a une amigdalite pultacée streptococcique, la bouffissure de la face, oedème des membres inférieure, albuminurie, parce que n'ayant qu'un rein. Guérison après quelques jours. Cela prouve l'infériorité de l'organisme monorénal.

II. *Splénomégalie palustre*. — Femme, 28 ans, paludisme chronique depuis 5 ans. La rate descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Splénectomie. La rate pèse 2300 gr. Guérison.

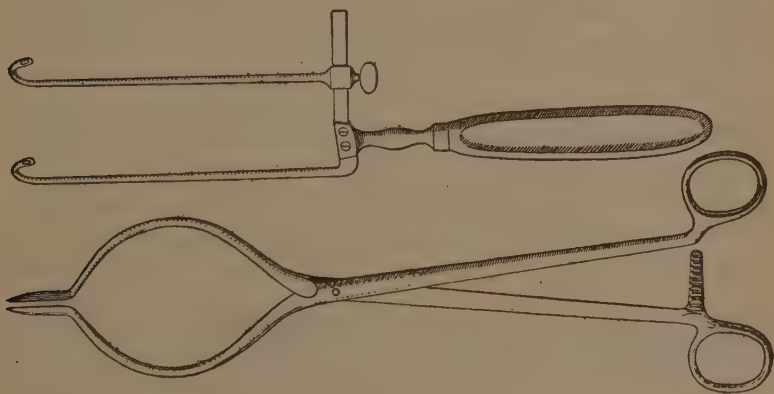
III. *Splénomégalie palustre*. — Femme, 35 ans, paludisme chronique depuis 6 ans. La rate adhérente immobile. Splénectomie. Rate pesant 2600 gr. La capsule s'est rompue au niveau de la face externe et du pôle supérieur. Drainage. Pleurésie gauche. Guérison.

IV. *Splénomégalie palustre*. — Homme, 36 ans, paludisme chronique, alcoolisme. Rate volumineuse descend au niveau de la crête iliaque gauche. Splénectomie. Rate pesant 2800 gr. Délirium trémens le troisième jour, convulsions généralisées suivies de mort.

V. *Maladie de Banti*. — Jeune fille, 24 ans. Splénectomie, rate pesant 1800 gr. Guérison.

*
* *

A l'occasion de ces observations, je me permets de faire quelques remarques sur la technique de la splénectomie. J'ai assisté avant la guerre mondiale, dans les salles d'opérations de divers chirurgiens, pendant la splénectomie en divers pays. J'ai remarqué que la rate, une fois sortie de sa loge dans le champ opératoire, *grandissait de volume à vue d'œil*, pendant que l'opérateur pratiquait la splénectomie. C'est parce qu'il commençait par la ligature des veines, en arrêtant ainsi la circulation de retour. Je pense qu'il faut commencer par arrêter la circulation artérielle dans le gros tronc de l'artère splénique en amont de ses ramifications. De cette manière on laisserait dans l'organisme du splénectomisé au moins 3-400 gr. de sang, ce qui me semble avoir une grande importance pour la résistance de l'organisme altéré par les divers états pathologiques de la rate, pour lesquelles on pratique la splénectomie. Nous connaissons les merveilles de la transfusion directe du sang (1) en quantité de 200-300 gr. pour pouvoir apprécier toute l'importance de la question. A ce propos j'ai fait construire dès 1910, une pince hémostatique qui nous per-



(1) Poenaru Caplesco. — Sur la transfusion dans les péritonites septiques d'origine appendiculaire *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, séance du 5 janvier 1926.

met de pincer le tronc principal de l'artère splénique au milieu du méso, après avoir par la palpation senti le battement artériel, et sans comprimer les veines.

En même temps j'ai employé une aiguille spéciale double sur un coursour, pour pouvoir passer vite deux fils à la fois, et faire la ligature du pédicule splénique, d'une manière plus rapide, (en chaîne) gagnant du temps dans les cas où l'état du malade est très grave.

b) Un autre fait sur lequel je me permets d'attirer l'attention, c'est sur l'asepsie réalisée pour l'intervention d'urgence en cas de déchirure de la rate avec hémorrhagie interne.

Avec un de mes élèves, travaillant la thèse sur les contusions abdominales consécutives aux accidents du travail, (1) nous avons trouvé d'importantes observations à l'Institut médico-légal de mon excellent Maître *Mina Minovici*. Il résulte de ces observations que l'autopsie a trouvé la cause de ces morts : *splénectomie et péritonite aiguë purulente*, dans le cas où en dehors de la déchirure de la rate, il n'existait point d'autres lésions viscérales. Ces cadavres provenaient de divers services de chirurgie des hôpitaux de Bucarest. Peut-être qu'ailleurs on trouve de pareils cas aussi. Il résulte que l'intervention d'urgence est souvent pratiquée par des assistants trop jeunes ; et je pense que dans de pareils cas il serait préférable que le chef du service lui même, se dérange pendant la journée ou la nuit, pour pratiquer de pareilles importantes interventions d'urgence. L'asepsie idéale est une technique plus parfaite, abaisserait la mortalité des splénectomisés, car autrement nous pourrions très bien reproduire la phrase célèbre du grand *Dupuytren*, qui ne voulut pas accepter l'opération de l'empyème dont il souffrait, en disant :

« *J'aime mieux mourir de la main de Dieu, que de celle du chirurgien.* »

c) En cherchant la cause des contusions abdominales directes ou indirectes, on trouve que la plupart sont dues aux accidents du travail, que ces accidents arrivent parce que

(1) Lucian WEISS. Contusiunile abdominala 1925. Bucuresti. Teză de doctorat în medicină.

nous sommes loins d'avoir une législation internationale qui impose aux autorités les mesures nécessaires pour la protection du travail, et pour prévenir les accidents évitables.

Il résulte encore de nombreuses recherches que j'ai faites sur les causes des accidents du travail, que les travailleurs de différentes nationalités ne connaissent pas assez le risque professionnel de leur métier.

Par conséquent la chirurgie d'urgence de la rate qui est à l'ordre du jour, peut être le point de départ d'une chirurgie d'urgence plus aseptique, plus rigoureusement, technique à l'avenir, ainsi que plus humanitaire par les instructions grosses de conséquences, qu'elle pourrait fournir aux pouvoirs autorisés du travail.

*
* *

Quelques cas de splénectomie

D^r C. LÉONTÉ (Bucarest)

Après ce qu'il a été dit sur la chirurgie de la rate je n'aurais plus beaucoup à ajouter. Je voudrais seulement faire quelques remarques et dire que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois la splénectomie pour splénomégalie palustre et une fois pour rupture de la rate chez l'enfant.

Or, je puis ajouter que je n'ai pas trouvé une réelle difficulté opératoire dans les splénomégalies palustres. Généralement on a à faire dans ces cas avec une grosse rate qui est souvent mobile et qui par son poids présente un long pédicule dont on peut facilement s'assurer d'une bonne hémotase.

Autrement difficiles sont les splénectomies pour rupture de la rate, parce que, ici on n'a pas toujours à faire avec un long pédicule et que l'on est toujours gêné par une énorme inondation péritonéale.

Vous me permettrez de vous communiquer très brièvement le cas d'une rupture de rate chez un enfant opéré il y a 12 ans et dont les suites opératoires ont été des plus favorables.

En juin 1914, arrive dans le service un gosse, âgé de 12 ans, qui une heure avant avait reçu un coup de sabot de cheval dans la région épigastrique. Enorme ballonnement ab-

dominal avec vomissements, pouls filiforme, pâleur de la face, enfin tous les signes d'une grande hémorragie abdominale.

N'ayant pas de précision sur l'origine de l'hémorragie je fais une laparotomie médiane susombilicale. Je trouve une énorme inondation péritonéale avec éclatement de la rate. On fait l'hémostase et ligature séparée de l'artère et de la veine splénique au milieu du bord supérieur du pancréas et on enlève la rate.

Toilette et contrôle de la cavité abdominale.

Suture du péritoine et de la paroi abdominale en deux couches sans drainage. Durée de l'opération 15 minutes. Le soir, le malade étant très affaibli, je suis obligé de lui faire une transfusion sanguine de 200 grammes de sang du père au fils avec l'appareil de Kimpton que j'avais justement apporté en 1914 de Chicago, lors du Congrès international de Chirurgie tenu à New-York et qui m'a paru très pratique et d'un usage aisé. Le lendemain de l'opération légère hémoglobinurie qui cède bientôt. Les jours suivants suites normales. Le dixième jour réunion par première intention, le quinzième le malade sort guérie de l'hôpital.

J'ai revu ce malade 10 ans après, se portant très bien et s'étant développé normalement.

Avant de terminer je tiens donc à faire la remarque que, d'une part, la technique de la splénectomie dans la splénomégalie palustre n'est pas si difficile comme on le prétend et d'autre part, de montrer le bon résultat, à longue échéance, obtenu en enlevant chez un enfant un organe hématopoïétique important comme la rate.

*
**

Splénectomie et hématologie chez les enfants

Prof. J. SALAZAR DE SOUZA (de Lisbonne)

Depuis 1910, j'ai cherché à établir les indications de la splénectomie, sur l'hématologie : j'ai présenté à la Soc. de Sci. Méd. de Lisbonne, à la séance du 25-6-1910 un rapport sur les indications de la splénectomie, et où je présente un

syndrome d'hyperfonction de la rate, caractérisée par l'oligochromémie, l'hypoglobulie et la leucopénie.

Etudiant la résistance globulaire et les facteurs qui peuvent produire l'hémolise, j'ai fini par considérer comme essentiel à le syndrome d'hyperfonction, la leucopénie, et j'ai établi comme étant une indication nette pour la splénectomie, l'existence de ce syndrome, qui pourtant peut se montrer dissocié.

Ainsi, ce syndrome se trouve dans le Banti ; dans certaines anémies non parasitaires avec splénomégalie ; dans le kala-azar ; dans certaines hémolises ictériques, et on peut le trouver, masqué par un développement exagéré et pathologique de formes myéloïdes, en certains cas de leucémies— et dans tous ces cas la splénectomie peut changer dans un sens favorable la constitution du sang, voire même dans ces cas, où on n'arrive pas à une guérison. Mon rapport, écrit en portugais et présenté à une Société portugaise, n'a pas eu d'expansion scientifique : et pourtant les études de l'hématologie des opérés de splénectomie, avant et après l'opération, ont toujours confirmé ce que j'ai établi il y a seize ans. Et c'est le moment de rectifier une affirmation du rapport, présenté par Maurice Patel et celui de Leotta ; ils attribuent la splénectomie pour kala-azar faite à Lisbonne, à Alvarez, ce qui est faux. L'opération fut exécutée par moi, sans avoir diagnostiqué de kala-azar, et la rate envoyée au laboratoire d'anatomo-pathologie, où Alvares (qui était analiste) a reconnu le kala-azar. Un autre point du rapport du Prof. Patel sur ce sujet, mérite une petite réflexion. Il dit pour conclure que les cas opérés de kala-azar sont en petit nombre, et à Lisbonne il parle seulement du cas Alvarez ; Leotti croit que la splénectomie ne peut jamais donner de résultats dans le kala-azar. Or au premier Congrès International de médecine tropicale qui a eu lieu en Afrique (Loanda), et où la France a envoyé des hommes de la catégorie de Brumpt, et l'Italie ceux comme Galli-Vallerio ; parmi beaucoup d'autres ; j'ai présenté un rapport sur la splénectomie dans le kala-azar infantile, basé sur 20 opérations, avec 28,5 % de guérisons absolues et 28,5 % de guérisons cliniques. Mon rapport fut publié en français, les comptes-rendus du congrès (1923) sont déjà publiés ; je n'ai plus à revenir sur ce sujet.

Aujourd'hui j'ai un total de 34 splénectomies exécutées par moi, plus deux, par mon assistant, dans mon service, et c'est sur ces cas que je vais faire mon étude ; voir l'influence de la splénectomie sur l'hématologie et confirmer d'avantage le syndrome d'hypersplénie que j'ai affirmé en 1910. Après mes premières splénectomies, par les procédés classiques, et avec les difficultés propres à l'opération, j'ai changé de technique, et je peux vous assurer, que ma technique rend cette opération beaucoup plus facile, permettant d'extirper la rate, avec clamps sur le pédicule (premier temps) en 2 minutes et demie à 3 minutes, et dans un cas de paludisme avec des adhérences, en 5 minutes ; tous ces temps sont contrôlés par mes élèves.

Dans ma technique, je suis le principe de respecter l'énervation de la musculature abdominale, et pour cela, au lieu d'employer les incisions longitudinales ou les transversales, ou les parallèles au rebord des côtes, je fais une incision dans la direction du trajet abdominal des derniers intercostaux, commençant du rebord du thorax au bout de la 9^e ou 10^e côte et me dirigeant obliquement dans la direction du nombril, et m'arrêtant au rebord externe du droit antérieur sans l'entamer (à moins d'un cas excessivement difficile). Pour faire cette incision je me place à droite du malade, je le fais coucher sur le côté droit, avec un coussin sous le flanc, et avec l'abdomen vers moi. Dans cette position de torsion latérale droite *forcée*, la rate hypertrophiée est poussée contre la paroi abdominale, et inclinée vers la ligne moyenne ; ainsi il est facile de certifier que dans cette position, mon incision tombe juste sur la rate, dans le sens longitudinal et presque parallèle, faisant avec l'axe longitudinal de la rate, un angle très aigu ouvert en avant.

Mettant la main dans l'abdomen ouvert, je pousse le pôle inférieur de la rate en haut, comme cela j'enfouis toute la rate sur le diaphragme, et j'extériorise ce pôle avec toute facilité, même par une incision relativement petite, comme celle que j'emploie. Après, la main plongée jusqu'à la face inférieure du diaphragme, j'attire la rate vers moi, en la faisant basculer sur l'incision. Le pédicule de la rate reste extériorisée, sans tiraillement, et à peu près à réunion du

tiers postérieur avec le tiers moyen de l'incision : on voit l'estomac, le colon transverse les épiloons du pédicule, et la sallie de la queue du pancréas. Des clamps sur le pédicule, un coup de ciseau.... et la rate est extirpée en 2 à 3 minutes. Pour la narcose, j'emploie généralement l'éther, et aussitôt l'anesthésie obtenue j'interromps la narcose jusqu'à menace de réveil. Aussitôt la rate extirpée, je fais ôter le coussin, ce qui facilite la réduction des viscères, et je ferme en général en trois plans. Ma technique fut publiée dans les Archives de Médec. des Enfants (n° 7 juillet 1915).

Mon matériel d'étude consiste comme je l'ai dit, en 36 splénectomies, dont 34 faites par moi et 2 par mon assistant le Dr. Castro Freire, en suivant ma technique. La plupart des malades étaient dans les pires conditions et malgré cela la mortalité par l'opération fut de 5, et un des cas par accident tardif, le IX^e jour : rupture de la cicatrice et éviscération, par un effort de toux. Cette mortalité de 13 % je la considère trop élevée, et je suis sûr qu'opérant seulement des cas choisis, la mortalité sera presque nulle. Sur ces 36 cas, à 27 on a fait des analyses de sang, avant et après l'intervention, et tous ces cas sont de petits enfants, où les organes hématopoïétiques ont une activité qui se perd avec l'âge : ainsi donc, l'étude des réactions sanguines après la splénectomie mérite, je le crois, un rapport à notre congrès.

Hémoglobine. — Sur 27 cas on voit le taux de l'hémoglobine monter à 23 (soit 85 % des cas) ; sur 4 cas il ne change pas ou diminue.

Voyons les augmentations de l'hémoglobine ; et je dois avertir que les numéros sont de l'hémoglobinomètre de Shali, dont la normale pour l'enfant est 70.

Hémoglobine avant l'opération.
(au Shali)

Hémoglobine après l'opération.

Obs. n° 4	47	55 (6 sem.)	
» 5	34	40 (1 sem.)	70 (8 mois)
» 7	47	70 (65 jours)	70 (5 mois)
» 8	20	22 (1 sem.)	55 (58 jours)
» 9	28	36 (36 jours)	
» 11	42	54 (40 jours)	
» 12	46	58 (11 jours)	
» 13	37	68 (9 jours)	
» 14	36	50 (8 jours)	72 (10 mois, 7 jours)

» 15	38	52 (9 jours)		
» 16	34	41 (9 jours)		
» 17	45	54 (6 jours)	92 (2 ans, 3 mois)	78 (4 ans, 8 mois)
» 18	30	54 (10 jours)		
» 19	37	65 (6 jours)	80 (3 mois, 18 jours)	
» 20	28	41 (18 jours)		
» 22	20	31 (9 jours)	80 (5 mois, 4 jours)	
» 23	48	75 (10 jours)	10 (10 mois, 4 jours)	
» 25	41	55 (1 sem.)	82 (11 mois)	
» 27	23	45 (9 jours)	53 (1 mois et demi)	
» 28	38	43 (11 jours)		
» 29	43	43 (8 jours)	53 (3 sem.)	
» 30	30	52 (7 jours)	65 (18 jours)	
» 36	67	78 (10 jours)	80 (2 ans)	

Ces chiffres ont bien la valeur d'une expérience de laboratoire, et on ne peut pas y émettre d'autre signification : la rate avait une action inhibitrice sur la production de l'hémoglobine, ou détruisait celle-ci aussitôt formée.

Analysons maintenant les 4 exceptions. L'observation 6, qui après l'opération a eu une chute de l'hémoglobine, appartient à un paludisme, et il n'avait pas de leucopénie, comme j'ai décrit dans le syndrome ; dans le paludisme l'hypoglobule et l'oligichromémie peuvent bien avoir une cause non splénique : le manque de résistance globulaire, voire même l'action directe de l'hématozoaire. Sans avoir pourtant une hyperfonction splénique préjudiciale, la splénectomie n'apporterait donc pas ce changement brusque des cas antérieurs ; et plus les causes de la chute de l'hémoglobine ne furent pas attaquées par l'opération : ainsi, cette observation au lieu de faire faiblir le syndrome a, au contraire, la valeur d'une expérience de contre-preuve. Je dois dire que le malade s'est équilibré, et que quelques mois après j'ai eu avis qu'il se portait bien.

Dans l'observation 34, manquait complètement le syndrome hématologique d'hyperfonction : de même que dans l'observation 35 où l'hémoglobine étant au-dessus de la normale, descendit après l'intervention, mais resta cependant à un taux supérieur. Le 33 mourut de cachexie le 15^e jour.

Ainsi donc, on peut conclure que la splénectomie n'a eu jamais de fâcheuse influence sur la production de l'hémoglobine, et que dans les cas où celle-ci est au-dessous de la normale, l'opération la fait remonter, et ce qui mérite l'attention c'est de voir les cas suivis pendant une plus longue période

avec l'hémoglobine même au-dessus de la normale (obs. 14-17-22-23-25-36).

Hématies. — Pour ce qui concerne les hématies, on voit le nombre monter à la première analyse après l'intervention à 20 cas sur 27, (soit 74 %) et 7 fois descendre à la première analyse. Les observations où les hématies tombent sont les n^{os} 5, 6, 11, 27, 28, 33 et 35. Sur l'observation 6 j'ai déjà fait la considération. Dans l'observation 33 on voit que le taux de l'hémoglobine se maintient, ce qui apporte une légère augmentation de la valeur globulaire ; dans l'observation 35 il y avait de l'hyperglobulie, qui se réduit légèrement : pour les autres observations la chute globulaire va se compenser par l'élévation du taux de l'hémoglobine, rapprochant la valeur globulaire de la normale. Mais il y a plus ; dans trois de ces cas qui furent suivis pendant un plus long temps, les analyses ultérieures accusent l'augmentation des hématies sur les analyses faites avant l'opération (obs. 5-27-35). Ainsi donc, si on ne peut pas attribuer exclusivement à la rate l'hypoglobulie, dans tous les cas avec le syndrome que j'envisage, ce qui est sûr c'est que la plus grande partie lui appartient, comme il se déduit de la montée immédiate de l'hémoglobine en 85 %, et celle des globules rouges 74 % immédiatement, et 85 % définitivement.

Il reste encore à envisager un autre point, que je considère le plus sûr de l'hyper-splénie : la leucopénie.

Leucocytes. — Sur quelques-uns des malades la leucopénie était très marquée, elle manquait pourtant dans les observations n^o 6-34-36 ; sur les 27 observations, 27 fois les globules blancs augmentaient et parfois d'une manière excessivement brusque ; seulement dans obs. 35 cette ascension des leucocytes se fait à la deuxième analyse après l'opération, mais il faut regarder que la première analyse après la splénectomie, fut faite le jour suivant. L'observation 30, mérite une référence spéciale, puisque vue d'emblée elle simule une chute des leucocytes ; mais, si on fait la part des globules nucléés de la série rouge, on voit que les leucocytes ont eu un accroissement de 2008, en une semaine. Si par ce qui se rapporte à l'hémoglobine et aux hématies, dans les obser-

vations suivies pendant un temps plus long, on voit parfois des oscillations, en ce qui se rapporte aux leucocytes, on voit leur nombre se stabiliser toujours à un niveau au-dessus de la normale. Ce résultat constant de la splénectomie ne peut être expliqué sans admettre la fonction leucophagique de la rate ou alors elle agit par des hormones inhibitrices sur les ganglions lymphatiques et la moëlle osseuse ; ou ce qui est plus sur, elle agit des deux façons. La rate est donc un des principaux organes de la régularisation du sang, tendant à lui maintenir la constance cytologique.

En bien peu d'observations on a fait l'étude du temps de coagulation et d'hémorragie, mais dans tous ces cas le temps fut bénéficié : Voilà une autre indication pour la splénectomie. L'étude de la modification possible dans la résistance globale, serait intéressante et je regret tardivement n'avoir pas fait cet étude.

Formule cytologique. — L'étude des formules cytologiques ne peut donner que de larges conclusions, sans une précision aussi nette que celle de la leucocytose post-opératoire, puisque tous les malades avaient d'autres maladies qui pourraient avoir de l'influence sur les formules. En tous cas, on voit que dans les cas où avant la splénectomie il y avait une lymphocytose relative, après l'intervention le nombre des globules de la série granulocytaire augmentait, et en quelques-uns des cas les neutrophiles arrivaient à prédominer sur les lymphocytes (obs. 11, 12, 14, 15, 18, 20, 23, 24, 29) ; dans les obs. 5, 6, 21, les neutrophiles montent, mais n'arrivent pas à faire changer la formule ; dans les obs. 4, 13, la lymphocytose s'aggrave après l'opération ; dans les obs. 26, 31, seulement d'une manière transitoire les neutrophiles sur les lymphocytes. L'obs. 31 mérite une référence spéciale par l'énormité de la production de globules rouges nucléés. Du reste, l'étude plus détaillée de nos préparations, soit par l'aspect presque constant des neutrophiles avec grosses granulations au protoplasme, soit par l'apparition de méta-myélocytes, de myélocytes, de myéloblastes, etc., que dans cette étude par simplification je classifie sous la rubrique de formes jeunes granulocytiques, on a bien la certitude de l'influence de la splénectomie sur la fonction de la moëlle osseuse, et de permettre

d'attribuer à la rate, à côté de la fonction hémolitique et leucophagique, une action inhibitrice sur la moëlle osseuse (contraire à celle de la thyroïde) que ce soit directement, que ce soit par intermédiaire d'autres glandes endocrines. Résumons : nous voyons 14 fois sur 17 la splénectomie avoir une nette influence sur la production de neutrophiles, soit 83 %.

Plaquettes. — En presque tous les cas les plaquettes se trouvaient plus abondantes dans nos préparations, après l'opération ; bien des fois le comptage fut fait, mais tout ce qui se rapporte à l'étude des plaquettes dans les différents états hématologiques chez les enfants, constitue le sujet d'une étude à paraître bientôt, largement documentée, faite par mon assistant le D^r Castro Freire.

Je désire faire remarquer la ressemblance des formules sanguines de ces enfants, suivis pendant un plus long temps, et où, à côté d'une hyperchromémie et de polycythémie, nous voyons l'existence de formes jeunes granulocytiques et des hématies nucléées, avec les analyses de sang d'adultes avec polycythémie par lésions endocrines (et que nous en possédons quelques-uns), et ainsi je demande aux physiologistes si quelques-unes de ces polycythémies endocrines ne seraient pas des polycythémies par hipo-splénie ? et, si l'influence de la rate sur la fonction de la moëlle osseuse, et des ganglions lymphatiques, en certains leucémies où la splénectomie a eu une influence favorable (Burckardt, Franzolini, Hartmann, etc.), ne pourrait être considérée comme primitivement des cas de displénie ?

Ainsi pour la rate, comme pour d'autres glandes endocrines, il aura peut-être, des syndromes d'hyperfonction ou d'hyper-splénie (Banti, Kala-azar, Anémie aleucémique, Gaucher, Werlhoff, Hemolises, etc.), des syndromes d'hypo-splénie (Hyperchromémies, hyperglobulies, hyper coagulation, quelques cas étiquetés Vásquez), des displénies (quelques leucémies, quelques Von Jackes). Tous, et à elle seule, certainement non, mais la rate a sans doute une grosse part dans la physio-pathologie de ces maladies. L'avenir le dira.

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
1	S. M. 5 ans	Revista Port. de Med. e Chirg. Praticas N° 47 1898	Splénomégalie ; rate accessoire	1898	Guérison	
2	23 ans S. F.	Virginia	Ptose de la rate	1905	Guérison	
3	S. F. 7 ans	Candida	Kala-azar	11-3-1910	Guérison	Lymphocytes Neutrophiles Eosinophiles
4	S. M. 3 ans	João	Kala-azar	1-6-1914	Guérison	Hémog'obine (Sahli). Globules rouges 2.50 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes 52 Monocytes 4 Neutrophiles 41 Jeunes granulocytes.. 1
5	S. M. 14 mois	Ayres	Kala-azar	26-6-1914	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.67 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles
6	S. M. 5 ans	Julio	Paludisme	17-9-1914	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.88 Globules blancs 1
7	S. F. 3 ans	Christina	Kala-azar	26-9-1914	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.47 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes 41 Monocytes 1 Neutrophiles 54 Jeunes granulocytes.. 2 Hématies nucléées

NOTE. — Par *Guérison* on comprend seulement la guérison opératoire. En *jeunes granulocytes* j'englobe dans mes notes sont discernées.

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
			15 ans après en bonne santé.
			10 ans après en bonne santé.
1 ^{er} juillet 1914			
Hémoglobine 55			
Globules rouges 3.170.000			
Globules blancs 12.925			
<i>Formule cytologique</i>			
Lymphocytes 67 %			
Monocytes 2 %			
Neutrophiles 28 %			
Jeunes granulocytes.. 3 %			
2 juillet 1914	17 octobre 1914	2 janvier 1915	
Hémoglobine 40	Hémoglobine 50	Hémoglobine 68	
Globules rouges 2.550.000	Globules rouges 3.720.000	Globules rouges 3.380.000	
Globules blancs 26.000	Globules blancs 27.225	Globules blancs 21.000	
		<i>Formule cytologique</i>	
		Lymphocytes 73 %	
		Monocytes 2 %	
		Neutrophiles 20 %	
		Jeunes granulocytes.. 5 %	
26 février 1915			
Hémoglobine 70			
Globules rouges 3.580.000			
Globules blancs 29.400			
<i>Formule cytologique</i>			
Lymphocytes 61,5 %			
Monocytes 2 %			
Neutrophiles 31,5 %			
Jeunes granulocytes.. 5 %			
2 octobre 1914			
Hémoglobine 25			
Globules rouges 2.200.000			
Globules blancs 19.700			
30 novembre 1914	25 février 1915		
Hémoglobine 70	Hémoglobine 70		
Globules rouges 3.498.000	Globules rouges 3.970.000		
Globules blancs 8.050	Globules blancs 9.650		
<i>Formule cytologique</i>	<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes 43,5 %	Lymphocytes 47,5 %		
Monocytes 5 %	Monocytes 1,5 %		
Neutrophiles 46 %	Neutrophiles 48 %		
Jeunes granulocytes.. 5,5 %	Jeunes granulocytes.. 3 %		
Maties nucléés			

formes jeunes de la série granulocytaire (Vg. pré-myélocytes ; méta-myélocytes ; myélocytes, etc.) qui pourtant

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
8	S. F. 6 ans	Eugenia	Anémie splénique aleucémique non parasitaire (Brhull)	14-10-1914	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 8 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Neutrophiles Jeunes granulocytes..
9	S. M. 18 ans	Joaquim	Banti	1916	Guérison	9 novembre 1916 Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles Jeunes granulocytes..
10	S. F. 4 ans	Silvina	Ka'a-azar	Janvier 1917	Guérison	Hypoglobulie et Leuco
11	S. F. 3 ans	Albertina	Anémie aleucémique (Brhull)	Juillet 1918	Guérison	29 juin 1918 Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 4. Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Basophiles Jeunes granulocytes..
12	S. F. 3 ans	Deolinda	Kala-azar	17-12-1919	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles
13	S. F. 2 ans	Gloria	Kala-azar	15-5-1920	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE

Observations

21 octobre 1914	12 décembre 1924
Hémoglobine 22	Hémoglobine 55
Globules rouges 1.410.000	Globules rouges 2.830.000
Globules blancs 13.200	Globules blancs 17.200

15 décembre 1916	
globine	36
des rouges	3.208.000
des blancs	3.800
<i>Formule cytologique</i>	
ocytes	19 %
ytes	3 %
philes	63 %
philes	13 %
philes	1 %
granulocytes .	1 %

8 août 1919	
globine	54
les rouges	3.335.050
les blancs	7.400
<i>Formule cytologique</i>	
ocytes	55 %
ytes	8 %
philes	48 %
philes	3 %
iles	1 %
granulocytes..	5 %

28 février 1919	
Hémoglobine	58
Globules rouges	4.100.000
Globules blancs	4.200
<i>Formule cytologique</i>	
Lymphocytes	33 %
Monocytes	9 %
Eosinophiles	58 %
Neutrophiles	1 %

24 mai 1920	8 juin 1920
Hémoglobine 63	Hémoglobine 64
Globules rouges 4.320.000	Globules rouges 4.500.000
Globules blancs 8.500	Globules blancs 12.430
<i>Formule cytologique</i>	
Lymphocytes 62 %	Lymphocytes 63 %
Monocytes 4 %	Monocytes 6 %
Eosinophiles 32 %	Neutrophiles 31 %
Neutrophiles 1 %	

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
14	S. M. 4 ½ ans	Luiz	Kala-azar	1-5-1920	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles
15	S. F. 2 ans	Esther	Kala-azar	18-8-1920	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Basophiles
16	S. F. 19 mois	Suzette	Kala-azar	6-11-1920	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Basophiles Temps de coagulation Temps d'hémorragie.
17	23 mois S. F.	Domingas	Kala-azar	11-2-1921	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3. Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Temps de coagulation Temps d'hémorragie.

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE		Observations
9 mai 1920		
Hémoglobine	50	
Globules rouges	3.464.000	
Globules blancs	10.400	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	58 %	
Monocytes	2 %	
Neutrophiles	38 %	
Eosinophiles	1 %	
Basophiles	1 %	
27 août 1920		
Hémoglobine	52	
Globules rouges	3.360.000	
Globules blancs	11.800	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	31 %	
Monocytes	8 %	
Neutrophiles	59 %	
Eosinophiles	2 %	
15 novembre 1920		
Hémoglobine	41	
Globules rouges	4.200.000	
Globules blancs	10.700	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	45 %	
Monocytes	5 %	
Neutrophiles	41 %	
Eosinophiles	8 %	
Basophiles	1 %	
Temps de coagulation	8'-30''	
Temps d'hémorragie	5'-30''	
18 février 1921		
Hémoglobine	54	
Globules rouges	5.280.000	
Globules blancs	12.400	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	18 %	
Monocytes	4 %	
Neutrophiles	76 %	
Eosinophiles	1,5 %	
Basophiles	0,5 %	
Temps de coagulation	5'	
Temps d'hémorragie	4'	
11 mars 1921		
Hémoglobine	72	
Globules rouges	4.860.000	
Globules blancs	13.800	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	28 %	
Monocytes	10 %	
Neutrophiles	61 %	
Eosinophiles	1 %	
22 juin 1921		
Hémoglobine	54	
Globules rouges	4.800.000	
Globules blancs	12.700	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	53 %	
Monocytes	14 %	
Neutrophiles	33 %	
9 janvier 1923		
Hémoglobine	87	
Globules rouges	5.300.000	
Globules blancs	19.300	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	56 %	
Monocytes	5 %	
Neutrophiles	36 %	
Eosinophiles	2,5 %	
Cellules de Rieder	0,5 %	
9 mai 1923		
Hémoglobine	82	
Globules rouges	4.306.000	
Globules blancs	21.700	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	26 %	
Monocytes	1,5 %	
Neutrophiles	62 %	
Eosinophiles	0,5 %	
Basophiles	1 %	
Jeunes granulocytes	4,5 %	
Normoblastes	4,5 %	
13 octobre 1925		
Hémoglobine	78	
Globules rouges	4.800.000	
Globules blancs	20.300	
<i>Formule cytologique</i>		
Lymphocytes	64 %	
Monocytes	3 %	
Neutrophiles	21 %	
Jeunes granulocytes	3 %	
Normoblastes	9 %	
1 ^{er} mars 1926		

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
18	S. F. 2 ans	Maria	Kala-azar	30-11-1921	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3.0 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles
19	S. M. 4 ans	João Silva	Kala-azar	2-4-1922	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.4 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles Normoblastes
20	S. F. 21 mois	Laurinda	Kala-azar	3-4-1921	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.3 Globules blancs Formule cytologique Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles Normoblastes Temps de coagulation Temps d'hémorragie.

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
9 décembre 1921			
Hémoglobine	54		
Globules rouges	3.500.000		
Globules blancs	12.300		
8 avril 1922			
Hémoglobine	65		
Globules rouges	4.000.000		
Globules blancs	12.400		
Formule cytologique			
Lymphocytes	18,5 %		
Monocytes	3,5 %		
Neutrophiles	48,5 %		
Eosinophiles	3,2 %		
Basophiles	4,8 %		
Jeunes granulocytes..	19,5 %		
Normoblastes	2 %		
Cellules de Rieder...	2 %		
24 avril 1922			
Hémoglobine	70		
Globules rouges	4.540.000		
Globules blancs	13.000		
Formule cytologique			
Lymphocytes	52 %		
Monocytes	14,5 %		
Neutrophiles	14,5 %		
Eosinophiles	5,2 %		
Basophiles	1,8 %		
Jeunes granulocytes..	1,3 %		
Normoblastes	2,7 %		
Cellules de Rieder...	2 %		
5 juin 1922			
Hémoglobine	72		
Globules rouges	4.860.000		
Globules blancs	21.600		
Formule cytologique			
Lymphocytes	53 %		
Monocytes	12 %		
Neutrophiles	28 %		
Eosinophiles	0,50 %		
Basophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	2 %		
Cellules de Rieder...	0,5 %		
10 juillet 1922			
Hémoglobine	80		
Globules rouges	4.660.000		
Globules blancs	14.200		
Formule cytologique			
Lymphocytes	33 %		
Monocytes	5 %		
Neutrophiles	50 %		
Eosinophiles	1 %		
Basophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	4 %		
Normoblastes	6 %		
1 ^{er} mars 1925			
Hémoglobine	95		
Globules rouges	3.480.000		
Globules blancs	16.000		
Formule cytologique			
Lymphocytes	19 %		
Monocytes	6 %		
Neutrophiles	37 %		
Eosinophiles	2 %		
Basophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	5 %		
Normoblastes	5 %		
21 avril 1922			
Hémoglobine	41		
Globules rouges	3.620.000		
Globules blancs	9.700		
Formule cytologique			
Lymphocytes	42,5 %		
Monocytes	3,5 %		
Neutrophiles	32,5 %		
Jeunes granulocytes..	3 %		
Normoblastes	17,5 %		
Cellules de Rieder...	1 %		
Temps de coagulation	9'		
Temps d'hémorragie.	1'-30''		

N ^{os}	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
21	S. F. 3 ans	Maria Candida	Kala-azar	3-5-1922	Mort	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 2.8 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Neutrophiles Basophiles Jeunes granulocytes.. Normoblastes
22	S. M. 4 ans	Abel	Kala-azar	21-1-1922	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 1.7 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Normoblastes Temps de coagulation Temps d'hémorragie. Résistance globulaire
23	S. F. 6 ans	Hortense	Kala-azar	22-6-1922	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3.5 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Jeunes granulocytes.. Normoblastes

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
<p>30 janvier 1922</p> <p>Hémoglobine 31</p> <p>Globules rouges 3.100.000</p> <p>Globules blancs 8.100</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 28,8 %</p> <p>Monocytes 4,8 %</p> <p>Neutrophiles 53,5 %</p> <p>Eosinophiles 1,3 %</p> <p>Basophiles 2,6 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 4,5 %</p> <p>Normoblastes 4,5 %</p>	<p>15 février 1922</p> <p>Hémoglobine 56</p> <p>Globules rouges 4.000.000</p> <p>Globules blancs 9.400</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 57 %</p> <p>Neutrophiles 32 %</p> <p>Basophiles 3 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 2 %</p> <p>Normoblastes 6 %</p>	<p>6 mars 1922</p> <p>Hémoglobine 64</p> <p>Globules rouges 4.320.000</p> <p>Globules blancs 13.100</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 63 %</p> <p>Monocytes 2 %</p> <p>Neutrophiles 21 %</p> <p>Eosinophiles 1 %</p> <p>Basophiles 0,5 %</p> <p>Normoblastes 12,5 %</p>	
<p>21 juin 1922</p> <p>Hémoglobine 80</p> <p>Globules rouges 4.600.000</p> <p>Globules blancs 20.600</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 52 %</p> <p>Monocytes 2 %</p> <p>Neutrophiles 37 %</p> <p>Eosinophiles 2 %</p> <p>Basophiles 1 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 1 %</p> <p>Normoblastes 5 %</p>			
<p>2 février 1922</p> <p>Hémoglobine 75</p> <p>Globules rouges 4.100.000</p> <p>Globules blancs 12.800</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 13 %</p> <p>Monocytes 2 %</p> <p>Neutrophiles 62 %</p> <p>Eosinophiles 13 %</p> <p>Basophiles 8 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 2 %</p> <p>Cellules de Rieder... 2 %</p>	<p>18 juillet 1922</p> <p>Hémoglobine 78</p> <p>Globules rouges 4.840.000</p> <p>Globules blancs 9.000</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 12 %</p> <p>Monocytes 3 %</p> <p>Neutrophiles 63 %</p> <p>Eosinophiles 2 %</p> <p>Basophiles 1 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 9 %</p> <p>Normoblastes 7 %</p> <p>Cellules de Rieder... 3 %</p>	<p>22 octobre 1922</p> <p>Hémoglobine 80</p> <p>Globules rouges 4.780.000</p> <p>Globules blancs 12.600</p>	
		<p>18 avril 1923</p> <p>Hémoglobine 80</p> <p>Globules rouges 4.360.000</p> <p><i>Formule cytologique</i></p> <p>Lymphocytes 45 %</p> <p>Monocytes 2 %</p> <p>Neutrophiles 46 %</p> <p>Eosinophiles 5 %</p> <p>Jeunes granulocytes.. 2 %</p>	

N ^{os}	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
24	S. M. 4 ans	João Correia	Kala-azar	22-6-1922	Mort	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3.84 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Basophiles Jeunes granulocytes.. Temps de coagulation Temps d'hémorragie. 3
25	S. F. 16 mois	Carmen	Kala-azar	25-11-922	Guérison	Hémoglobine (Sahli). Globules rouges 3.60 Globules blancs <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes Monocytes Neutrophiles Eosinophiles Basophiles Jeunes granulocytes.. Normoblastes

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
			Mort 3 heures après de choc opératoire.
2 décembre 1922	9 décembre 1922	23 décembre 1922	(*) On prescrit Protosalate de fer.
Hémoglobine 55	Hémoglobine 62	Hémoglobine 58	
Globules rouges 3.740.000	Globules rouges 3.700.000	Globules rouges 3.320.000	
Globules blancs 13.800	Globules blancs 14.800	Globules blancs 23.800	
<i>Formule cytologique</i>	<i>Formule cytologique</i>	<i>Formule cytologique</i>	
Lymphocytes 32 %	Lymphocytes 32,1 %	Lymphocytes 40,3 %	
Monocytes 35 %	Monocytes 1,5 %	Monocytes 0,8 %	
Neutrophiles 2 %	Neutrophiles 35 %	Neutrophiles 10,8 %	
Eosinophiles 1 %	Eosinophiles 0,5 %	Jeunes granulocytes.. 9,8 %	
Jeunes granulocytes.. 17 %	Jeunes granulocytes.. 11,3 %	Normoblastes et érythroblastes 38,3 %	
Normoblastes 11 %	Normoblastes et érythroblastes 19,3 %		
Cellules de Rieder... 1 %			
Cellules de Turck... 1 %			
6 janvier 1923 (*)	17 février 1923	6 mars 1923	
Hémoglobine 44	Hémoglobine 73	Hémoglobine 67	
Globules rouges 3.220.000	Globules rouges 3.360.000	Globules rouges 3.189.000	
Globules blancs 40.800	Globules blancs 23.000	Globules blancs 16.200	
<i>Formule cytologique</i>	<i>Formule cytologique</i>	<i>Formule cytologique</i>	
Lymphocytes 60 %	Lymphocytes 67,5 %	Lymphocytes 64 %	
Monocytes 8 %	Monocytes 1 %	Monocytes 3 %	
Neutrophiles 8 %	Neutrophiles 9 %	Neutrophiles 10 %	
Jeunes granulocytes.. 9 %	Jeunes granulocytes.. 4,5 %	Basophiles 1 %	
Normoblastes et érythroblastes 15 %	Normoblastes et érythroblastes 16,5 %	Jeunes granulocytes.. 6 %	
	Cellules de Rieder... 1,5 %	Normoblastes et érythroblastes 12 %	
		Cellules de Rieder... 4 %	
16 mars 1923 (*)	2 avril 1923	18 juillet 1923	
Hémoglobine 68	Hémoglobine 75	Hémoglobine 78	
		Globules rouges 4.100.000	
		Globules blancs 16.000	
<i>Formule cytologique</i>	14 avril 1923	<i>Formule cytologique</i>	
Lymphocytes 34 %	Hémoglobine 77	Lymphocytes 74 %	
Monocytes 6,6 %	Globules rouges 3.500.000	Neutrophiles 16 %	
Neutrophiles 55,4 %	Globules blancs 23.000	Eosinophiles 1 %	
Eosinophiles 2 %	<i>Formule cytologique</i>	Jeunes granulocytes.. 4 %	
Jeunes granulocytes.. 1,5 %	Lymphocytes 60 %	Normoblastes 5 %	
Normoblastes 1,5 %	Monocytes 2 %		
	Neutrophiles 20,5 %		
	Basophiles 1,4 %		
	Jeunes granulocytes.. 6 %		
	Normoblastes et érythroblastes 10 %		
		8 février 1924	
		Hémoglobine 82	
		Globules rouges 4.320.000	
		Globules blancs 13.600	

N ^{os}	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
26	S. F. 3 ans	Judith	Kala-azar	17-3-1923	Mort	Hémoglobine (Sahli). 3 Globules rouges 2.180 Globules blancs 6 Temps de coagulation 12 1/2 Temps d'hémorragie. 1 1/2 Résistance globulaire
28	S. F. 3 ans	Fernanda	Kala-azar	4-7-1923	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 2 Globules rouges 2.020 Globules blancs 3
28	S. F. 20 mois	Noemia	Kala-azar	8-8-1923	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 3 Globules rouges 1.700 Globules blancs 5 <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 6 Monocytes 2 Neutrophiles 2 Eosinophiles Lymphoblastes
29	S. F. 2 ans	Joaquina Santos	Kala-azar	12-5-1924	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 4 Globules rouges 2.400 Globules blancs 3 <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 5 Monocytes Neutrophiles 3 Eosinophiles Basophiles

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
13 juillet 1923			Syncope cardiaque à 7 ^h d'opération.
Hémoglobine	45		
Globules rouges	1.680.000		
Globules blancs	14.000		
Formule cytologique			
Lymphocytes	17 %		
Monocytes	2 %		
Neutrophiles	61 %		
Eosinophiles	2,5 %		
Jeunes granulocytes..	6 %		
Normoblastes et érythroblastes	11 %		
Cellules de Rieder...	0,5 %		
21 juillet 1923			
Hémoglobine	51		
Globules rouges	2.820.000		
Globules blancs	12.000		
Formule cytologique			
Lymphocytes	32 %		
Monocytes	1 %		
Neutrophiles	40 %		
Eosinophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	2,5 %		
Normoblastes et érythroblastes	23,5 %		
18 août 1923			
Hémoglobine	53		
Globules rouges	2.800.000		
Globules blancs	28.800		
17 août 1923 (*)			Absès au bras.
Hémoglobine	43		
Globules rouges	1.270.000		
Globules blancs	22.000		
Formule cytologique			
Lymphocytes	8 %		
Monocytes	4 %		
Neutrophiles	63 %		
Jeunes granulocytes..	7 %		
Normoblastes et érythroblastes			
20 mai 1924 (*)			
Hémoglobine	43		
Globules rouges	3.030.600		
Glob. blancs et nucléés	15.400		
Formule cytologique			
Lymphocytes	12,5 %		
Monocytes	1,5 %		
Neutrophiles	10,5 %		
Jeunes granulocytes..	10,5 %		
Normoblastes et érythroblastes	75 %		
17 mai 1924 (**)			
Hémoglobine	53		
Globules rouges	3.200.000		
Id. blancs et nucléés	7.400		
Formule cytologique			
Lymphocytes	51 %		
Neutrophiles	6 %		
Jeunes granulocytes..	6 %		
Normoblastes et érythroblastes	37 %		
3 juin 1924 (***)			(*) Déduisant les normo- et érythro- blastes; reste leucocytes 3.350
Hémoglobine	58		
Globules rouges	3.700.000		
Id. blancs et nucléés	9.600		
Formule cytologique			
Lymphocytes	37 %		
Monocytes	8 %		
Neutrophiles	15 %		(**) Idem leucocytes 4.900
Basophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	3 %		
Normoblastes et érythroblastes	36 %		(***) Idem, id., 6.144
19 juin 1924 (****)			
Hémoglobine	56		
Globules rouges	3.980.000		
Glob. blancs et nucléés	9.600		
Formule cytologique			
Lymphocytes	46 %		
Monocytes	9 %		
Neutrophiles	12 %		
Jeunes granulocytes..	3 %		
Normoblastes et érythroblastes	30 %		
2 février 1924 (*****)			
Hémoglobine	8		
Globules rouges	3.620.000		
Id. blancs et nucléés	15.400		
Formule cytologique			
Lymphocytes	49 %		
Monocytes	2 %		
Neutrophiles	20 %		
Basophiles	1 %		
Jeunes granulocytes..	14 %		
Normoblastes	14 %		
22 juillet 1924			(****) Idem, id., 6.720
Hémoglobine	52		
Globules rouges	3.100.800		
Formule cytologique			
Globules blancs	24.000		(*****) Idem, id., 13.924
Lymphocytes	28 %		
Neutrophiles	70 %		
Jeunes granulocytes..	2 %		

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
30	S. F. 1 an	Alzira	Kala-azar	26-7-1924	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 30 Globules rouges 2.800.0 Globules blancs 18.4 <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 70 Monocytes 1 Neutrophiles 16 Jeunes granulocytes.. 6 Normoblastes et érythroblastes 17
31	S. F. 15 mois	Emilia	Kala-azar	11-7-1925	Mort	Hémoglobine (Sahli). 18 Globules rouges 1.240.0 Globules blancs 3.8 <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 62 Monocytes 1 Neutrophiles 21 Jeunes granulocytes.. 5 Normoblastes et érythroblastes 10
32	S. M. 2 ans	Fernando	Kala-azar	19-5-1925	Mort	Hémoglobine (Sahli). 38 Globules rouges 3.340.0 Globules blancs 3.8 <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 70 Monocytes 2 Neutrophiles 20 Eosinophiles 2 Normoblastes 6
33	S. M. 2 ans	Joaquim	Kala-azar	21-2-1925	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 25 Globules rouges 1.800.0 Globules blancs 7. <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 78 Neutrophiles 15 Eosinophiles 1 Normoblastes 6
34	S. F. 10 ans	Maria Adelaide	Kyste hydatique	20-1-1926	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 92 Globules rouges 3.680.0 Globules blancs 6. <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 16 Neutrophiles 40 Eosinophiles 4

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE			Observations
2 août 1924 (**)	13 août 1924 (***)		
Hémoglobine 52	Hémoglobine 85		(*) Déduisant les normoblastes et érythroblastes 16.272
Globules rouges 3.600.000	Globules rouges 2.660.000		
Globules blancs et nucléés 18.000	Id. blancs et nucléés 39.200		
Formule cytologique	Formule cytologique		
Lymphocytes 12 %	Lymphocytes 50 %		(**) Idem, id., 17.280
Monocytes 1 %	Monocytes 3 %		
Neutrophiles 83 %	Neutrophiles 32 %		(***) Idem, id., 37.240
Eosinophiles 2 %	Eosinophiles 2 %		
Jeunes granulocytes.. 2 %	Jeunes granulocytes.. 6 %		
Normoblastes 4 %	Cellules de Rieder... 2 %		
	Normoblastes 5 %		
			Mort la nuit de l'opération de Sohpek.
			Mort 10 jours après l'intervention par rupture de la cicatrice, produite par un accès de toux.
28 février 1925			
Hémoglobine 25			
Globules rouges 1.120.000			
Globules blancs 16.800			
Formule cytologique			
Lymphocytes 50 %			
Neutrophiles 29 %			
Eosinophiles 4 %			
Jeunes granulocytes.. 4 %			
Normoblastes et érythroblastes 17 %			
2 février 1926	15 février 1926	30 février 1926	
Hémoglobine 96	Hémoglobine 88	Hémoglobine 82	
Globules rouges 4.020.000	Globules rouges 4.300.000	Globules rouges 4.920.000	
Globules blancs 7.800	Globules blancs 10.800	Globules blancs 9.600	
Formule cytologique	Formule cytologique	Formule cytologique	
Lymphocytes 20 %	Lymphocytes 39 %	Lymphocytes 81 %	
Neutrophiles 57,7 %	Neutrophiles 31 %	Monocytes 1 %	
Eosinophiles 1,8 %	Eosinophiles 25 %	Neutrophiles 42 %	
Basophiles 0,9 %	Basophiles 1 %	Eosinophiles 25 %	
Jeunes granulocytes.. 12,2 %	Jeunes granulocytes.. 2 %	Basophiles 1 %	
Normoblastes 0,9 %	Normoblastes 2 %		
Normoblastes 0,9 %			

Nos	Sexe Age	Nom	Maladie	Date de l'opération	Résultat opératoire	Analyse du sang avant la splenectomie
35	S. F. 9 ans	Antonia	Purpore Werhloff	12-7-1924	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 94 Globules rouges . . . 4.200. Globules blancs . . . 9. <i>Formule cytologique</i> Monocytes 3 Neutrophiles 34 Eosinophiles 10 Jeunes granulocytes.. 2 Temps de coagulation. 6/- Temps d'hémorragie. 18. Plaquettes 18.
36	S. F. 8 ans	Paulina	Maladie de Gaucher	13-11-923	Guérison	Hémoglobine (Sahli). 67 Globules rouges . . . 3.400. Globules blancs . . . 4. <i>Formule cytologique</i> Lymphocytes 43 Monocytes 23 Neutrophiles 46 Basophiles 2 Eosinophiles 3 Jeunes granulocytes.. 1 Temps de coagulation 12/- Temps d'hémorragie. 7/- Plaquettes 24.

ANALYSES DU SANG APRÈS LA SPLENECTOMIE					Observations	
3 h.-30' après l'opération		15 juillet 1925		17 août 1925	Observation et opération de mon assistant le D ^r Castro Freire.	
		Hémoglobine	87	Hémoglobine (Sahli). 83		
Temps d'hémorragie. 3/-30//		Globules rouges	3.880.000	Globules rouges		4.480.000
		Globules blancs	7.600	Globules blancs		14.800
		Formule cytologique		Formule cytologique		
		Lymphocytes	4 %	Lymphocytes		53 %
		Monocytes	8 %	Monocytes		2 %
		Neutrophiles	84 %	Neutrophiles		38 %
		Eosinophiles	1 %	Eosinophiles		1 %
		Jeunes granulocytes..	1 %	Jeunes granulocytes..		5 %
		Cellules de Rieder...	2 %	Normoblastes	1 %	
		Temps d'hémorragie.	2/-30//			
		Plaquettes	286.800			
25 octobre 1925						
		Hémoglobine	94			
		Globules rouges	4.080.000			
		Globules blancs	16.000			
Temps d'hémorragie.		1/-30//				
Temps de coagulation		8'				
25 novembre 1923						
		23 octobre 1925			Observation et opération de mon assistant le D ^r Castro Freire.	
		Hémoglobine	80			
		Globules rouges	4.100.000			
		Globules blancs	15.000			
		Formule cytologique		Formule cytologique		
		Lymphocytes	44,2 %			
		Monocytes	49 %			
		Neutrophiles	48,8 %			
		Eosinophiles	4,4 %			
		Basophiles	0,7 %			
		Jeunes granulocytes..	4,4 %			
		Normoblastes	0,2 %			
		Cellules de Rieder...	0,2 %			
Temps de coagulation		6/-30//		9/-30//		
Temps d'hémorragie.		9'		9'		
Plaquettes		86.000		50.000		

Chirurgie de la rate

Abraham TROELL, Stockholm

Compte rendu de quinze cas de splénomégalie traités chirurgicalement (huit maladies de Banti, trois ictères hémolytiques, deux anémies pernicieuses, une thrombopénie essentielle et une tuberculose de la rate). Dans treize cas l'auteur exécuta une splénectomie ; dans deux cas (un de maladie de Banti et un d'anémie pernicieuse), il se contenta de la ligature d'une partie des vaisseaux du hile de la rate. Il ne se produisit aucun décès comme suite immédiate de l'intervention.

En ce concerne la symptomatologie de la maladie de Banti, l'auteur signale dans ses observations la présence relativement commune de l'ictère et, en général, de troubles gastro-intestinaux remontant, d'après l'anamnèse, à une date reculée ; il signale également ce fait, constaté de temps à autre, que la maladie paraît éclater concurremment avec une grossesse. Il semble admissible qu'une accumulation exagérée de produits de résorption provenant des grandes voies veineuses des organes abdominaux, survenant en connexion avec des phénomènes de cet ordre, soit nocifs soit tout au moins de nature à surmener l'organisme, soit susceptible, dans certaines conditions prédisposantes — telles, par exemple, que certaines déchéances congénitales de la rate — de jouer un rôle pathogénique dans l'apparition de la maladie de Banti ou d'autres syndromes morbides de forme splénomégalique.

Les effets de la *splénectomie* dans la maladie de Banti, l'ictère hémolytique et la thrombopénie essentielle, sous réserve d'un choix judicieux des cas, aussi bien en ce qui concerne les résultats opératoires immédiats que l'évolution ultérieure, sont à tout prendre satisfaisants. Une guérison complète, au moins pratiquement parlant, peut être espérée dans bien des cas de ces affections. Même les maladies de Banti s'accompagnant d'urobilinurie, d'ascite et l'altérations histologiques du foie, peuvent avoir une issue favorable. Pour l'appréciation du pronostic dans la maladie de Banti, il y a peut-être moins d'intérêt à suivre rigoureusement la division

de Banti en trois périodes qu'à étudier la durée et les caractères des symptômes : les malades dont l'anamnèse est de date récente et qui présentent de graves symptômes d'anémie sont, au point de vue pronostique, dans une situation beaucoup plus défavorable que les malades offrant une affection manifestement chronique et des symptômes se rapportant plutôt aux organes abdominaux qu'à la composition du sang. Des modifications hématiques permanentes et graves ou, d'une manière générale, des phénomènes irritatifs ou déficients résultant de la suppression de la rate ne sont en général guère à redouter ; la persistance plus ou moins longtemps après l'opération, de modifications dans la composition du sang — leucocytose, éosinophilie, hématies nucléées, etc. —, traduisant une activité très intense des autres organes hématopoïétiques ne semble pas avoir de signification clinique essentielle et défavorable. Toutefois, il n'est pas impossible que la résistance de l'organisme à l'égard de certaines infections, par exemple la tuberculose, puisse, au moins temporairement, se trouver affaiblie par suite de la splénectomie.

Dans plusieurs cas, du reste rares, où la splénectomie est inexécutable, mais où l'on peut recourir à la *ligature d'une partie des vaisseaux du hile de la rate*, il convient de considérer les indications de cette dernière intervention en vue de restreindre l'activité fonctionnelle de la rate.

■
* *

M. LORTHIOIR (Bruxelles) étudie la splénectomie exécutée chez l'enfant. Tous ses cas ont été suivis de bons résultats.

*
* *

M. PETRIDIS (Alexandrie) étudie les splénomégalias spéciales si fréquentes en Egypte (13 p. c. des entrées). Cette affection est probablement d'origine bilharzienne, mais secondaire à l'invasion du foie.

*
* *

M. HERMAN (Anvers) s'occupe spécialement de la question de la rupture de la rate, à la suite d'accidents du travail. Le pourcentage en est de 20 à 25 pour cent, mais l'incapacité fonctionnelle, au bout de trois ans est, sinon disparue, tout au moins très réduite.

*
*: *

M. DE MATTOS (Coïmbre) expose les difficultés de la splénectomie dans certaines rates ectopiques, secondairement fixées et impossibles à extérioriser. Il cite un cas personnel où la rate était fixée entre la vessie et la paroi antérieure, faisant penser à une tumeur génitale.

CINQUIÈME SEANCE SCIENTIFIQUE

Samedi 10 avril, à 14 heures

Sous la Présidence du Prof. GIORDANO (Venise)

Traitement des abcès du foie

Au début de la séance, le colonel PICQUÉ projette, en les commentant, deux très beaux films montrant les services rendus par l'aviation sanitaire au Maroc et en France.

* *
* *

M. DOMINICI (Sassari) illustre de nombreux clichés photographiques le résumé de son rapport (cf. vol. I, p. 881).

M. PETRIDIS (Alexandrie) développe les conclusions de son rapport (cf. vol. I, p. 979).

* *
* *

La Puntura esploratrice

par le Prof. LATIS BEY (Alexandrie)

E certo che la puntura esploratrice non é innocua ; i casi mortali però sono ben rari, ed erano rari anche quando avevamo l'occasione di osservare in Egitto molti casi di accessi del fegato, prima cioè dell'uso dell'Emetina.

Come già feci notare al Congresso del 1902 in Cairo, non si deve dare importanza eccessiva ai casi mortali riportati.

Fra questi Petridis ne cita uno del Dott. Funaro nel quale la puntura esploratrice fu seguita da morte : all'autopsia fu constatato che non vi erano aderenze e che il fegato nel luogo della puntura era leggermente depresso e dal foro della puntura il pus colava come un piccolo rigagnolo. Ma la puntura esploratrice positiva deve essere seguita immediatamente dall'operazione e allora l'inconveniente del pus che cola é evitato.

Il fatto é che varie volte ho osservato la caduta della febbre in seguito a una puntura esploratrice negativa, come del resto hanno pubblicato altri chirurghi : in questi casi la puntura agisce decongestionando. Quando poi la puntura é positiva l'atto operativo é assai piu limitato che coll'operazione Petridis tanto piu che il piu spesso si tratta di esplorare il lobo destro del fegato.

*
**

Sull'ascesso epatico tscessi con calcolosi in lobo epatico aberrante

D^r GIORDANO (Venezia)

La maggior parte dei numerosi ascessi epatici (circa 144) che ho avuto occasione di operare in Venezia risalgono al periodo, che potremo dire *preemetinico* poichè erano insufficienti alla intensità d'azione richiesta i clisteri di ipeca e chinina, che avevo pure allora adoperato, per vecchie indicazioni. Negli anni recenti le epatiti suppurate furono osservate assai più raramente a Venezia. Non sono ricorso mai, come consiglia taluno, ad enteroclistmi di arsenobenzolo, quando persisteva la dissenteria amebica, perchè teoricamente i solfuri intestinali potrebbero mettere tumultuariamente in libertà tanto arsenico, da produrre un avvelenamento acuto. Neanche mi capitano casi da poter contare sull'effetto abortivo dell'emetina, e da ottenerlo, perchè quei pochi mi vennero con suppurazioni inoltrate, e con presenza di piogeni volgari. Un ascesso sterile, e ritenuto pertanto quale ascesso amebico *morto*, si dovette aprire, e poichè la

diarrea persisteva, si sperò nell' efficacia complementare delle iniezioni endovenose di emetina : indarno, poichè l'operato morì con enorme distruzione epatica, che già aveva perforato il diaframma ed invadeva la base del lobo polmonare inferiore destro ; con ulcerazioni del ceco, ed ecchimosi sottomucose del resto del colon.

Non ritornerò sulla numerosa serie di codesti casi già illustrati in altre pubblicazioni. Ho preso la parola solo per dar conto di un caso piuttosto raro di ascesso epatico di origine colangiectasica, con calcolosi intraepatica, localizzata qui in un lobo protrudente dal margine epatico, in modo da simulare una voluminosa colecisti infiammata.

Questo, naturalmente, non era caso da emetina.



Una donna di 41 anni, viene portata di urgenza nella mia Divisione Chirurgica dello Spedale di Venezia, con diagnosi di colecistite acuta. Essa ha storia famigliare di artrismo : madre artritica cronica, morta a 70 anni ; padre asmatico, morto a 80. Da sette anni essa soffre durante l'inverno di poliartrite. Ebbe un figlio, che è vivo. Da cinque anni, ogni 15 à 30 giorni, ha nell' ipocondrio destro delle crisi dolorose, che i medici hanno medicato per calcolosi biliare. Sei giorni fa insorse una crisi con dolori più vivi del solito, con vomito e febbre. Dopo due giorni fu portata in una Divisione medica, ove fu curata con iniezioni di zimargolo e con urotropina. Essendo la temperatura salita a 40.4 ed il polso a 120, dopo due giorni ci viene passata colla diagnosi, come sopra fu detto, di colecistite calcolosa.

Si nota infatti una tumefazione liscia, del volume del pugno, continua col fegato, che arriva a livello dell' ombelico, sotto ed infuori del muscolo retto di destra : dolentissima alla pressione. La donna ha aspetto sofferente, tinta subitterica, rantoli alle basi toraciche. Le orine, torbide per urati, acide, della D di 1018 contengono poca albumina, non zucchero, non urobilina ; sono presenti pigmenti biliari.

Con una incisione sul margine esterno del muscolo retto di destra si espone il tumore, che non è dovuto, come pareva,

a colecisti distesa, ma ad un lobo epatico anomalo, all'infuori del quale sta la vescichetta, di aspetto normale, libera da aderenze, e nella quale non si palpano calcoli. Sulla superficie anteriore del lobo epatico che è globoso, non aderente, si vede una chiazza bianco-giallastra, come di superficie epatica sotto cui sta un ascesso. Sfondata, dà infatti esito a pus grigiastro, denso. Detersa la cavità, se ne avverte ancora elastica la parete posteriore, che viene a sua volta sfondata, col dito, il quale cade in una seconda cavità ascessuale, in cui si trovano tre calcoli; uno grosso come una noce, e due come fagioli. La cavità viene zaffata, il peritoneo protetto con una diga di garza distesa sotto il lobo, sede degli ascessi. La febbre cadde subito e le medicazioni si presentarono insuppate di secreto progressivamente meno purulento e più biliare, finchè, in due mesi, si ottenne guarigione completa.

*
* *

Abcès du foie

par le D^r ORLANDO CASTIGLIOLA

Tenente Colonnello Medico Direttore dell' Ospedale Militare di Venezia.

Vorrei portare l'attenzione degli Illustri Colleghi del Congresso su due punti della patologia e terapia dell' ascesso epatico amebico, che ritengo abbiano un'importanza pratica rilevante.

La mia statistica riguarda 121 casi di epatite amebica curati nell' Ospedale Coloniale di Bengasi e nella clientela privata, dal 1917 al 1923, ed ho tralasciato di riportare molti altri casi che non potei seguire, perché visti in semplice consultazione richiestami dal altri Colleghi.

In tale numerosa serie di casi ne ho potuto accertare tre soli di *epatite acuta*, forma poco studiata e pur interessantissima per il suo quadro fenomenico e per il rapido esito letale.

E' innegabile la grande difficoltà diagnostica di tali epatiti, che si confondono facilmente con forme peritonitiche varie,

per l'esplosione inconsueta di certi sintomi, che importano fin da principio una prognosi sfavorevole.

In due delle mie osservazioni (ascari eritrei) la febbre era insorta improvvisamente con brividi, subdelirio, dolore vivissimo alla metà destra dell'addome senza precisa localizzazione e vomiti; nel terzo caso (ascaro libico) si era avuto un breve periodo prodromico di diarrea muco-sanguinolenta con dolori colici e tenesmo.

La temperatura alta, a tipo continuo, l'aggravamento rapidamente progressivo dello stato generale, la contrattura dolorosa dell'addome con dolore che si localizzava in seguito più manifestamente all'ipocondrio destro, la mancanza d'ingrandimento del fegato e della milza e di amebe nelle feci, non mi permettevano di stabilire una diagnosi se non di probabilità, ma pur mi imponevano un intervento d'urgenza.

All'apertura dell'addome trovai una peritonite localizzata con false membrane ricoprenti gran parte del fegato e con lasse e recenti aderenze di esso al diaframma, allo stomaco ed al colon, al distacco delle quali fluiva scarso liquido sieropurulento, non fetido.

Il reperto più interessante era la presenza di una o più zone, ben delimitate, di indurimento grigiastro della glissoniana, dell'estensione e forma di un soldo di vecchio conio fino ad uno scudo, le quali a primo aspetto, ricordavano i noduli metastatici del cancro o le gomme della sifilide. La palpazione non mi rilevava alterazione ben manifesta della consistenza del sottostante parenchima sotto o presso tali zone, nè in altro punti del fegato.

La colecisti, se pur si trovava un po' più voluminosa del normale ed a pareti un po' più spesse, non presentava calcoli alla palpazione e si svuotava facilmente del suo contenuto; nulla pur trovavo a carico dello stomaco, del pancreas, del rene e dell'appendice. In uno di tali casi notai una congestione diffusa del cieco, del colon ascendente e trasverso, molto dilatati con aumento del volume delle linfoglandole mesocoliche.

La biopsia adunque non mi lasciava tranquillo sulla impostazione della diagnosi, specie dopo che le punture esplorative a cielo scoperto, sotto e nelle adiacenze delle suddette

zone, mi erano riuscite negative e la palpazione accurata, anche bimanuale, di tutto il viscere non mi aveva rivelato presenza di focolai di rammollimento.

Nel primo caso non mi accontentai delle punture esplorative, ma affondai una pinza chiusa e poi il dito sotto la zona di necrosi già segnalata, per potere esplorare più sicuramente in profondità ; ma non trovai traccia di colliquazione.

Dopo accurata detersione del campo operatorio mi limitavo ad applicare una diga di garza intorno alla breccia per isolare la zona più lesa del fegato dalla grande cavità peritoneale e lasciavo uno zaffo di garza iodoformica, restringendo la breccia con qualche punto di sutura alle sue estremità.

La prognosi non si rischiarò dopo l'intervento che in solo caso,, in cui tolto lo zaffo a contatto del fegato, dopo quattro giorni potei aprire un ascesso del volume di un grosso arancio nella porzione convessa anteriore del lobo destro.

Negli altri due casi, tra cui quello su cui avevo tentato l'esplorazione digital e profonda, la morte sopraggiunse in 5' - 7' giornata con iperpiressia, delirio, coma.

L'esplorazione del fegato mi aveva anche in essi rivelato la formazione rapidissima di un focolaio di colliquazione del parenchima, di color feccia di vino, sottostante alla zona di necrosi superficiale ; e lo svuotamento, prontamente attuato era risultato vano.

E'importante notare che l'emetina, pur portata ad alte dosi, non riuscì a modificare il decorso di questi due casi, mentre nel primo descritto la prognosi si era capovolta in 5° giornata, quasi inaspettatamente, dopo l'apertura dell'ascesso ed in piena cura massiva emetica.

Ragioni insormontabili, religiose e politiche, mi impedirono di praticare le due autopsie, poichè è ben risaputo che la pietà superstiziosa dei famigliari e conterranei è d'ostacolo alla sezione dei mussulmani e dei copti, salvo nei casi in cui l'autorità giudiziaria intervenga per sospetto di reato. E le mancate autopsie in moltissimi casi rendono perciò più tardo e difficile lo studio completo di tante forme morbose nella nostro Colonia, ove è difficile sradicare o modificare ideologie

e consuetudini, sostenute tuttora da pratiche e tradizioni religiose secolari.

Il secondo punto, sul quale richiamo la vostra attenzione, è la rapida azione dell'emetina sull'ascesso amebico conclamato, azione che ho avuto occasione di accertare con la biopsia.

Nella « Riforma Medica », annata 1920 — N° 16, e nel 2° Fascicolo del « Giornale di Medicina Militare » del corrente anno, ho descritto alcuni casi, in cui tale azione fu dimostrativa in alto grado.

In essi l'ascesso epatico era stato diagnosticato clinicamente, con punture esplorative e con le indagini di laboratorio.

Deciso l'intervento, avevo avuto cura di iniziare immediatamente il trattamento emetnico massivo, dopo un giorno in un caso e due giorni e mezzo nel secondo, la biopsia non mi fece rilevare la presenza dell'ascesso, pur essendomi attardato nelle manovre più patenti di esplorazione a cielo aperto ; palpazione anche bimanuale del viscere, punture esplorative, affondamento del dito nel tratto del fegato, ove si era avuta l'indicazione positiva prelaparotomica.

In questi due casi notai nella zona del fegato, ove era presumibile l'esistenza anteriore della raccolta colliquativa, una maggior consistenza ed una colorazione più intensa che nel restante parenchima.

Il primo di questi casi (tenente di Fanteria) fu pubblicato *in loco citato* della « Riforma Medica » e ricordo la sorpresa che colse anche i colleghi presenti intorno al tavolo operatorio per la scomparsa dell'ascesso, in modo indubbio accertato il giorno precedente, e per la notevole riduzione del volume del fegato dopo soli sedici centigrammi di emetina iniettati nelle ventiquattro ore precedenti. Il secondo caso (ascaro libico) fu trattato in seguito, per controprova, in modo analogo al precedente ; l'epatomegalia ben manifesta e l'ascesso indovato nel versante laterale convesso del fegato non furono più riscontrati alla biopsia, previo trattamento emetnico (20 centigrammi in 36 ore). Non posso da questi soli casi trarre delle illazioni assolute, ma è innegabile che esse confermano patentemente l'azione rapida specifica dell'emetina,

per cui già oltre sei anni addietro ero portato a concludere che la cura della dissenteria amebica e della sua complicanza più comune, l'epatite colliquativa necrotica, più che chirurgica è medica, tranne nei casi di grande ascesso o di simbiosi microbiche in esso.

Chiudo queste brevi osservazioni personali col ricordare che le punture esplorative sistematiche, alla cieca ricerca di un ascesso nelle varie zone del fegato, rappresentano, secondo la mia esperienza, una pratica non sempre innoqua e talvolta infida o negativa. A tale riguardo ricordo la bellissima lezione tenuta nel 1912 nella Clinica Chirurgica di Düsseldorf dal nostro Presidente il Sen. Giordano, il quale già fin l'allora dimostrò l'inopportunità ed i pericoli di tali punture.

Io vi ricorsi solamente sul tavolo operatorio, immediatamente prima dell'intervento, per accertare la sede dell'ascesso ed arrivarvi per la via più breve e più comoda; ma in seguito vi ricorsi sempre più raramente, poichè con la breccia per via trans-peritoneale — meglio che con la trans-pleurodiaframmatica — era più che sufficiente il campo per le manovre di esplorazione e per l'apertura dell'ascesso, praticando, se necessario, un lembo osteoplastico del bordo condrocostale anteriore destro od anche la sua resezione ed evitando di aprire lo sfondato pleurico, o di ribatterlo più in alto possibile, qualora cadesse sotto la sezione.

Ricorrevo invece alla trans-pleurodiaframmatica, quando la raccolta di colliquazione epatica era lateralizzata ed alta ed era più facile la fognatura, dopo la resezione di due o tre coste, chiusura superiore immediata dello spazio complementare pleurico, che si attraversava per aprire il diaframma, e successiva apposizione di una diga di garza per isolare la grande cavità peritoneale.

Operai sempre in un sol tempo; l'ispezione, la palpazione anche bimanuale del fegato ed eventualmente l'esplorazione con punture in casi di localizzazione profonda furono sempre sufficienti per chiarire la diagnosi di sede, di volume e di presenza di altri ascessi, dei quali ultimi ebbi una percentuale del diciotto per cento nei casi operati. Perciò non tralasciai giammai di esplorare diligentemente l'anfrattuosa cavità ascessuale col dito o col sussidio di punture esplorative pro-

fonde, ove la palpazione mi faceva sospettare altre raccolte più o meno contigue, comunicanti o no, le quali, lasciata a sé stesse, avrebbero frustrata la nostra opera.

A complemento di quanto ho detto circa l'amebiasi nella Colonia Libica, ricordo che due nostri Ufficiali Medici, il CORRADI e il DE SARLO illustrarono nel « *Giornale di Medicina Militare* » del 1912-13, tale affezione dal lato epidemio-logico e chirurgico, durante una gravissima epidemia di dissenteria amebica, che inferì tra le truppe metropolitane a Derna, subito dopo la nostra occupazione del 1911.

Il DE SARLO, chirurgo in un ospedale da campo, ebbe numerosi casi di epatite con ascesso in metropolitani, di cui uno solo di origine Eberthiana e gli altri da amoeba histolytica.

Il primo caso ebbe esito favorevole in seguito al pronto svuotamento dell'ascesso : non così tutti gli altri, giunti a lui in gravi condizioni generali e con ascessi voluminosi.

La terapia emetina, lanciata dal ROGERS nel 1912, non era ancora entrata nella pratica corrente e l'intervento chirurgico non era sufficiente a domare da solo l'infezione e modificare il decorso, quasi sempre letale, della infezione amebica.

★ ★

Tropical abscess of the liver

D^r G. H. EDINGTON (Glasgow)

Tropical abscess of the liver is not very frequently met with in surgical practice in Great Britain. I had, however, some small experience of the condition during the Great War, while serving as surgeon with the British Army in Egypt ; and I have been greatly interested in the communications to which we have just listened.

I quite agree with D^r Petridis as to the superiority of the thoracic over the abdominal route for operation. Not only does the former give better access to the abscess, but the subsequent drainage is more satisfactory, and the risk is avoided of the « *perte de parallélisme* » of the edges of the abscess cavity with those of the laparotomy wound. This

drawback was experienced in two of my cases, in which the abdominal route had been followed.

Another point on which I agree is the advantage of adding emetine treatment to surgical measures. In one case, the addition of medical treatment seemed to prevent what was likely to have been a fatal result. The patient was doing well till 9th day after operation. At this time severe diarrhoea supervened, and entamoebae were found in the stools. The administration of emetine worked like a charm. From going downhill the man rapidly took on the appearance of health: pulse-rate began to fall, and diarrhoea to lessen, and ultimately he was up and about. Profiting by this experience, I instituted emetine treatment in the next case early after operation. This man's progress was uninterrupted.

As regards cholerrhagia, I have not seen it in tropical abscess, although I am familiar with it in a mild form after cholecystectomy. In these cases it has lasted for a few days and been of no importance. I once met severe cholerrhagia in a case of suppurating hydatid cyst. The loss of bile was so severe as to cause profound anorexia. Appetite was restored by administering *fel bovinum*, and the starvation which threatened to end fatally was checked.

*
* *

Contribution clinico allo studio dell'ascesso epatico

AUGUSTO LUXARDO (San Daniele nel Friuli)

L'epatite francamente acuta, terminante colla suppurazione e che dà origine ad ascessi voluminosi del fegato, non è più da ritenersi così rara nei nostri climi temperati come per lo passato. Essa ormai fu osservata in tutte le regioni d'Italia, ma con speciale frequenza si rinvenne, e si rinviene — sebbene molto più raramente — a Venezia, dove il solo Giordano, dal 1904 a tutt'oggi, ne ha operati ben *centoquarantaquattro* casi.

Presuppone questa forma morbosa l'arrivo nel fegato di

germi piogeni, (giungano essi attraverso le vie linfatiche, sanguigne, o biliari, dall'intestino) che messi a contatto del lobulo e della cellula epatica ne determinano la coagulazione, la morte, per le tossine da loro secrete. A questi primi fenomeni seguirebbe la formazione del pus.

Per quanto riguarda l'ascesso epatico nostras, le ricerche batteriologiche hanno dimostrato che le varietà più frequentemente riscontrate sono per ordine di frequenza : bacterium coli, streptococco, stafilococco piogene aureo, bacillo di Eberth, b. tubercolare, pneumococco, stafilococco albo, paracoli, piocianeo (Pasquale), proteo, b. pyogenes fetidus, b. capsulatus di Pfeiffer, vibrione settico (Jona).

Vengono poi dei bacilli, dei cocci resistenti al Gram che non si sviluppano nei comuni mezzi colturali ; dei parassiti simili al *Cercomonas intestinalis* riscontrati a Venezia dallo Jona nel pus epatico di operati dal Giordano (1), le amebe, la sarcina.

(1) A questo proposito mi pare utile riportare i seguenti appunti su casi osservati nella Divisione Chirurgica del Prof. Giordano, casi studiati dal punto di vista parassitologico dal Prof. Jona, all'ora batteriologo dello Spedale di Venezia e che stanno a dimostrare come la ameba non sia il solo protozoo rinvenuto negli ascessi del fegato operati dal mio Maestro.

CASO I° — G. Giacinto, d'anni 45, Commediografo, da Venezia, (Reg. Uomini N° 970). Operato il 1° Febbraio 1897.

Pus sterile per forme batteriche. Si constata la presenza di numerose forme protozoiche sotto forma di elementi unicellulari, aventi un corpo tondeggianti od allungato, del diametro maggiore variante da due ad 8-9 microm, e munito talora ad una, il più spesso ad ambedue le estremità, di lungo flagello, che anche alla temperatura ambiente presentava lenti movimenti. Sebbene questi elementi già riscontrati nelle feci prima dell'operazione non siano sempre di facile interpretazione, nel caso attuale riuscivano tanto evidenti che lo Jona riteneva il processo piogeno dovuto alla presenza di un protozoo flagellato, il *Cercomonas intestinalis*, agente non raro delle forme catarrali dell'intestino.

Le stesse forme si riscontrarono, nei giorni successivi, anche nel pus raccolto sugli zaffi di garza della medicazione.

Ci troviamo quindi di fronte a suppurazioni epatiche dovute a microorganismi vari senza che — almeno per il momento — sia possibile lo stabilire per le varie forme, uno speciale quadro clinico che dia una particolare fisionomia alle varie epatiti suppurative.

Il nome di ascesso però, non sarebbe il più appropriato per le raccolte epatiche di origine amebica, perchè esse non sarebbero che il prodotto di una necrobiosi colliquativa del fegato, meritando piuttosto, secondo il Dominici, il nome di *epatiti necrobiotiche colliquate*.

Giordano ha potuto ripetutamente constatare che il pus degli ascessi così detti sterili, e cioè privi di germi all'esame diretto e che non ha dato sviluppo a colonie di microorganismi dopo semine sugli ordinari mezzi colturali in presenza di ossigeno libero, è un buon terreno di coltura per gli ordinari microbî della suppurazione, ciò che prova che essi non vi erano prima in quel pus.

A spiegare poi la sterilità di questi ascessi — qualora si possa escludere la presenza di quelle forme anaerobiche che mi sembrano alquanto trascurate nelle ricerche sulle suppu-

CASO II° — P. Francesco, d'anni 30, Guardia Daziaria, da Venezia, (Reg. Uomini 2432). Nel pus non si videro forme batteriche, esistevano anche questa volta poche forme di corpiccioli muniti di filamenti somiglianti a spermatozoi ed identici a quelli già descritti, quali protozoi flagellati, nei casi di ascesso epatico (che progressivamente numerati portano i N^{ri} 22-23-24-25-28-29), rappresentati da un piccolo corpo ovalare di un diametro massimo di microm. 1,5-2,5, di un colore gialliccio splendente, munito ad una estremità, e talora a tutte due, di un flagello più o meno lungo (7-15 microm.) e filiforme, talora munito nel suo decorso di lievi nodosità, o terminante ad uso di clava.

Di tali forme, per così dire perfette, non sono ricchi i preparati, ma oltre ad esse, è facile scorgere altri corpiccioli rotondi ed ovalari privi di flagelli, che per l'identità di forma e di colorito si possono ritenere della stessa natura dei flagellati descritti, sia che ne rappresentino un'altra fase di sviluppo, sia che la perdita del flagello debba considerarsi come un fatto accidentale dovuto al maltrattamento della preparazione.

razioni epatiche (1) — potrebbe invocarsi il potere protettivo del fegato, perchè sebbene i risultati ai quali sono giunti i vari studiosi non siano del tutto concordi, è da ritenere tuttavia che il sistema epato-biliare in condizioni normali, sia anatomiche che funzionali, possa attivamente combattere ed espellere i microorganismi.

La relazione cronologica tra dissenteria ed ascesso epatico è molto irregolare. Nei casi acuti, all'inizio della dissenteria o poco dopo, l'epatite manifesta la sua esistenza. Secondo Kelsch e Kiener che hanno segnalato il cammino parallelo ed anche una specie di alternativa dei due processi, vi sarebbe nell' 85 % dei casi, coesistenza di lesioni. Le ulcerazioni del ceco, del colon ascendente o trasverso porterebbero ad ascessi del lobo destro, mentre le amebe ed i microbî provenienti da lesioni dell' S iliaca e soprattutto da quelle del retto, produrrebbero, ma più raramente, lesioni suppurative nel lobo sinistro.

La più frequente localizzazione degli ascessi nel lobo destro, secondo le ricerche di Dominici, deve attribuirsi ad una speciale disposizione anatomica della ramificazione portale, per cui l'embolo, o l'agente infettante, tende a penetrare più facilmente nel lobo destro che non in quello sinistro. Nel maggior numero dei casi, secondo l'esperienza di Legrand, l'ascesso arriverebbe a maturità o per lo meno alla evidenza clinica, nei tre o quattro mesi susseguenti alla dissenteria ed è così che in Egitto si opererebbe la maggior parte delle epatiti suppurative in autunno o durante l'inverno, vale a dire tre o quattro mesi dopo i calori, durante i quali la dissenteria è più frequente. Da noi però le cose procederebbero in modo alquanto differente, perchè basandomi sulla esperienza da me fatta nel reparto del Giordano e sulla sua statistica, partendo dai mesi in cui gli ascessi epatici vennero con maggior frequenza operati, per scendere fino al Marzo in cui in 32 anni se ne ebbe uno solo, si avrebbero i casi così suddivisi : Aprile, Giugno, Maggio, Ottobre, Febbraio, Lu-

(1) Le forme anaerobiche finora riscontrate nell'ascesso epatico sono le seguenti : *bacillus theboides* ; *b. serpens* ; *b. perfringens* ; *b. ramosus* ; *b. fragilis* ; *b. funduliformis* ; *enterococco*.

glio, Dicembre, Novembre, Agosto, Gennaio, Settembre, Marzo. Per quanto riguarda la struttura dell'ascesso epatico piogenico, essa è uguale a quella di tutti gli altri ascessi, invece nell'ascesso epatico da protozoi, si può avere un'ampia raccolta ascessuale, priva assolutamente di una parete propria. I margini dell'ascesso, sinuosi, si continuano col parenchima epatico, senza che membrana alcuna ne li separi dal rimanente del tessuto ghiandolare.

La fatica, i traumi, l'alcoolismo, la malaria, la colelitiasi, un raffreddamento improvviso, un brusco cambiamento di clima, l'alimentazione malsana, specie se consumata nei mesi più caldi dell'anno, l'uso di sostanze tossiche, quali l'oppio ed il tabacco, un vitto a base di droghe, i molluschi (1), tutte le cause remote e recenti, dell'enterocolite o meglio della colite che precedono la comparsa dei fenomeni epatici, hanno un'azione sul fegato e ne acuiscono la morbilità, specie poi se vi si sovrappongano l'abuso di purganti drastici, l'azione del freddo e dell'umidità, nel qual caso il fegato perde ancor più la propria resistenza e diviene facile preda di microorganismi patogeni.

In tutti i miei operati, tolto l'ultimo, (Oss. V°) in cui si ebbe in precedenza una forma tifoidea, queste turbe risalivano a due, tre mesi; tutti quanti — donne comprese — erano dediti al bere in modo piuttosto smodato ed in qualcuno il vino, andava a detrimento della bontà del vitto.

Perchè da quanto fu osservato dal Giordano e dai suoi allievi, l'ascesso del fegato colpisce in particolar modo gli individui che consumano vini meridionali, per lo più gessati, ricchi non solamente in alcool etilico, ma in alcool pesanti ed in sostanze estrattive. Ora per lo appunto — specie fra le donne — in questa zona del Friuli vi è forte consumo di vini delle Puglie che in massimo grado rispondono alle caratteristiche più sopra ricordate e che in soggetti predisposti, con alimentazione deficiente, a base di verdure crude, di frutta

(1) Bisognerebbe stabilire se i molluschi per se stessi hanno una tale azione nociva; o se la possiedono soltanto i molluschi non freschissimi. Si noti però che l'amebiasi si riscontra con maggior frequenza lungo le coste ed il corso dei fiumi.

non perfettamente sane, preparano il terreno alle gastro — enteriti, alle enterocoliti ulcerative. Data una soluzione di continuo dell'intestino, facilmente i microorganismi giungono al fegato per mezzo della via venosa portale, arrivando a colonizzare questo viscere, « qui de terrain épurateur, vient d'être transformé en terrain de culture et va céder à l'invasion quelconque qui lui arrive de l'intestin, aussi bien microbienne que protozoaire » (*Giordano*).

L'ascesso epatico però nel Friuli (1), come pure nel resto d'Italia, non è una endemia, ma una intossicazione individuale, quasi volontaria, che colpisce gli adulti tra trenta e cinquant'anni, essendo invece rarissima al disotto dei venti. Il più giovane dei miei operati, ne aveva ventisei. In tutti i casi non fu rinvenuta l'ameba nelle feci, e tolto il primo, del quale non fu esaminato il pus, negli altri quattro, mancava. In tre il pus era sterile, nell'ultimo si riscontrava lo stafilococco albus.

Iniziatasi, nelle parti profonde dell'organo, la suppurazione, l'ascesso aumenta di volume e si avvicina sempre più alla superficie del viscere fino a giungere a contatto con la glissoniana, ormai per processi produttivi reattivi ispessita, vascolarizzata e che va ricoprendosi di depositi fibrinosi, i quali essendo, in prosieguo di tempo, sostituiti da connettivo neoformato, fanno aderire il fegato ad organi vicini od alla parete toracica. A questo punto, a seconda dei casi, la raccolta purulenta si comporta in modo differente. Qualora la si lasci evolvere a sè, fidandosi nelle risorse dell'organismo, per lo più tende a farsi strada ed a vuotarsi spontaneamente in cavità limitrofe, o ad invadere organi vicini, affettando anche una migrazione parietale toracica od addominale.

Può quindi vuotarsi nel cavo peritoneale od aprirsi nel lume delle cavità del tubo gastro-intestinale (colon trasverso e duodeno in via generale), nelle vie biliari o nella pelvi renale destra, o, trattandosi di ascesso del lobo sinistro, diffondersi nella milza. Fu trovato talora, ed in questi casi l'esito letale

(1) Un altro caso ebbe ad osservarlo in Friuli il Chirurgo Udinese LUIGI RIEPPI. Resoconto di un quadriennio di operazioni (1893-1897) pag. 221; N° 794 « Udine Tipografia Cooperativa », 1897.

fu rapidissimo, che l'ascesso si era aperto nella vena porta, nelle vene sopraepatiche, più raramente ancora nell'arteria duodenale o nel tronco della cava ascendente. Altre volte invece fu visto evolvere verso il torace, sollevare il diaframma, tendere a perforarlo, e far originare aderenze validissime fra diaframma, pleura parietale e viscerale, ed a volte anche fra diaframma e pericardio, che nel loro insieme formavano uno strato a mano a mano assottigliantesi sì da permettere ad un dato momento la rottura della sacca ascessuale (1).

Si può avere così la irruzione di pus e lo svuotamento dell'ascesso nella pleura, nei bronchi, rarissimamente nel pericardio (ascesso del lobo sinistro), favorito da una parte dalla sua localizzazione sulla faccia convessa del fegato, dall'altra dalle aderenze periepatiche che impediscono a questo viscere di abbassarsi.

La perforazione diaframmatica poi, può essere o unica o multipla.

L'irrompere del pus nella pleura è meno frequente di quanto non lo sia per il polmone e può darsi che dopo ulcerato il polmone fissato al diaframma, penetri nella pleura senza essere stato evacuato per i bronchi, come dopo essersi fatto un passaggio in questi canali, può secondariamente penetrare nella pleura, residuandone una fistola doppia epato-bronchiale da un lato, bronco-pleurica dall'altro, in modo da aversi un epato-pio-pneumo-torace. Il pus poi, può arrivare nella pleura scavandosi una strada tortuosa attraverso il mediastino, e finalmente può irrompere nella pleura direttamente, sia che il diaframma si ulceri a livello del seno costo-diaframmatico, sia che aderenze fra pleura diaframmatica e quella della base del polmone non abbiano avuto il tempo di formarsi avanti l'apparizione del pus.

Su 352 casi della sua statistica, Zancarol osservò il 9,70 % di ascessi apertisi nel polmone, contro 5,5 % svuotatisi nella

(1) MURILLO A. — Un absceso hepatico abierto en el pericardio. « An. Univ. de Chile », Santiago, XVII, pp. 826-828.

COROLLEUR. — Trois abcès du foie ouverts dans le péricarde. « Archives de médecine navale », 1908, Tome XC, n° 12, Décembre, pp. 448-454.

pleura. Ricorderò ancora come Haspel, in un caso di raccolta epatica, ebbe ad osservare ridotto ad una tasca marciosa lo psoas, ed il pus arrivato nello scroto: un vero ascesso da congestione! Finalmente non sembra impossibile che il pus possa riassorbirsi e l'ascesso lasciare per residuo una cicatrice, evenienza questa rarissima, tanto che in Tunisia, il Loison non la riscontrò che due volte su oltre 200 autopsie.

Pur tuttavia l'apertura degli ascessi epatici in canali naturali comunicanti coll'esterno, conduce più spesso, conviene notarlo, alla tomba per cachessia, che non a guarigione per esaurimento del processo e cicatrizzazione del focolaio suppurante, se non accade che la morte sopravvenga ancora prima che l'ascesso faccia la sua strada verso l'esterno. Attendere l'evoluzione naturale è imprudente, perchè il processo flogistico continua il suo cammino nefasto nella profondità dei tessuti e poi anche per il fatto che la materia purulenta si vuota incompletamente e ben di sovente l'organo che serve di passaggio al pus epatico è danneggiato nella sua vitalità. La piemia poi, con le sue spaventose conseguenze è frequentissima durante l'evacuazione di questi ascessi attraverso altri organi.

Da quanto ho esposto risalta facilmente come svariate siano le forme sotto le quali a noi possono presentarsi gli ascessi epatici e come a volte esistano incognite imbarazzanti per quanto riguarda la diagnosi e lo svuotamento di essi (1). Converrà quindi precedere gli avvenimenti ed intervenire rapidamente, altrimenti il temporeggiare tornerebbe funesto al malato e la scienza chirurgica si troverebbe di nuovo all'epoca di Latta che consigliava l'apertura col taglio od il trequarti, appena quando l'ascesso fosse sulla faccia con-

(1) MARCHETTI, nel 1664 scriveva di aver operati molti ascessi epatici, senz'altro. Dobbiamo ritenere quindi verosimilmente li operasse a Padova. Avvertiva che i tumori suppurati del fegato possono essere aperti soprattutto nella sua parte convessa; nella sua parte concava possono essere vuotati colle urine, come accadde ad una nobile Buzzaccarini, Monaca di S. Anna che piscioguardando il suo ascesso epatico che era della concavità. Potrebbe forse averlo confuso con un ascesso renale!

vessa con aderenze del fegato al peritoneo ; e per gli ascessi delle altre parti del viscere rifiutava qualunque operazione, assicurando che la natura si aiuta spesso da se coll'evacuare le marcie in seno alla pleura, al polmone, agli intestini, ovvero anche mercè l'assorbimento e l'eliminazione del pus per un emuntorio (1). Risaliamo piuttosto ancor più addietro, ai primordi della chirurgia, a Guglielmo da Saliceto cui « la nobiltà del membro infermo armava la mano » e ricordiamoci che « si deve curare con ingegno e prestezza tutti quei mali che sopravvengono nel fegato e ciò per essere molto pericolosi » secondo quanto dettava Giovanni da Vigo.

*
* *

Parecchi anni addietro mi si è presentata l'occasione di osservare in Racconigi, un malato affetto da ascesso epatico vuotatosi per due differenti canali nel polmone e nella pleura destra e per quanto non segni questo caso un successo per l'operatore, credo valga la spesa dilungarmi alquanto nella sua descrizione, avvertendo il Vaccà che « bisogna aver la mente a casi rari e straordinarj, perchè gli ordinarij e comuni balzano agli occhi da se ».

OSSERVAZIONE PRIMA

T. BATTISTA, d'anni 34, contadino, coniugato, da Racconigi, entra in quel Regio Ospedale il 28 Dicembre 1908.

Nato a termine con parto regolare, la madre morì per vizio cardiaco, il padre vivente sta bene, l'unico fratello moriva in America a 20 anni per malattia polmonare. Di tre sorelle viventi, una è scoliotica, un'altra sofferente per leucemia splenica. Soffersse gli esantemi dell'infanzia, non contrasse mai malattie veneree o sifilide, nè ebbe manifestazioni da lasciar supporre una localizzazione tubercolare. Sposatosi a 28 anni, ebbe due figli sani e robusti. Forte bevitore, dedicandosi al braccionaggio e per il suo stesso mestiere di contadino, si esponeva di frequente a corpo sudato al freddo umido, alla pioggia.

(1) LATTA. — « Systems of Surgery ». London 1795. Vol. 3°, Chap. 3°, Sect. 3, pag. 271.

La malattia attuale data dal Settembre 1908 quando un mattino, alzandosi dopo essere stato colto nella notte da brividi di freddo, ebbe ad avvertire in seguito ad un movimento brusco del braccio destro, un dolore acuto diffuso alla base destra del torace, che perdurato tutto il giorno, scomparve in seguito ad un salasso per riapparire una settimana dopo come cintura dolorosa alla base del costato, irradiandosi all'ipocondrio destro, all'epigastrio e soprattutto alla spalla destra, accompagnato a dispnea ed a febbri-ciattole vespertine. Da quest'epoca cominciò a provare svogliatezza al lavoro, inappetenza, senso di sfinimento e di oppressione. Verso la fine di Dicembre, preceduta da forti brividi, comparve febbre elevata ed una accentuata dolorabilità epigastrica, che si esacerbava fortemente nelle ispirazioni e nei colpi di tosse che di tratto in tratto lo molestavano. In questo frattempo, dopo un periodo di stitichezza ostinata, cominciò ad intervalli più o meno lunghi, diarrea, talora spontanea, talora provocata per uso incosciente di purganti, accompagnata da dolori colici e tenesmo rettale. Parecchie volte le feci erano striate di sangue. La febbre a tipo, continuo, remittente, non cessò mai più, il malato era sempre madido di sudore, risentiva a volte dei brividi, non poteva riposare la notte ed era tormentato tratto tratto da quinte di tosse non accompagnate ad espettorato. Il fianco destro intanto era aumentato di volume, il malato lo sentiva — sono sue parole — più pesante. Fattosi visitare da un collega non residente a Racconigi questi richiamò l'attenzione sul fegato e gli fece fare una cura intesa a sgorgare questo viscere. Stancatosi di una cura lunga e per lui noiosa, il paziente si trascinò per qualche tempo, e finalmente dopo aver avuto a quanto sembra tosse insistente, stizzosa, con escreato quasi purulento e fetido, entrava allo spedale, il 28 Dicembre 1908, dove essendosi trovati i segni di una raccolta pleurica purulenta a destra, il Collega che interinalmente reggeva il Riparto, praticò la semplice pleurotomia intercostale che diede esito ad abbondante pus colore del caffè e latte, drenando con tubo di gomma il cavo pleurico.

Nonostante le cure più assidue, il malato andava lentamente e sempre più estenuandosi, la febbre che al mattino talvolta cedeva, verso sera si riaccendeva. Durante la notte poi, la tosse si faceva più frequente e più violenta con emissione di escreato abbondante. Il paziente si lagnava della fetidità dell'alito e del cattivo sapore che aveva la sua bocca.

Il 16 Gennaio 1909 assumendo il mio servizio nello Spedale di Racconigi, trovo il malato oppresso, stanchissimo e che si lamenta di continuo. E' un soggetto gracile, di sviluppo scheletrico mediocre, di nutrizione scaduta, con masse muscolari flaccide, mucose visibili pallide, colorito della cute terreo, con polso radiale che batte 115 volte al minuto, debole, ma ritmico, con temperatura ascellare di 38,6.

Obbligato a letto di continuo, giace a preferenza sul dorso, con inclinazione del corpo verso destra, le coscie flesse sul bacino e queste sulla colonna vertebrale. Nei momenti di maggior dolore cerca di limitare l'azione dei muscoli respiratori. La giacitura sul fianco sinistro gli cagiona un dolore puntorio intenso al disotto del capezzolo destro. Si ha depressione delle facoltà intellettuali.

L'esame del capo riesce negativo, le sclere hanno perduta la trasparenza azzurognola per assumere quella di cera bianca, pupille bene reagenti allo stimolo della luce. Nel collo è visibile una pulsazione dei vasi venosi dovuta al battito carotideo propagato.

All'ispezione si riscontra discreta asimmetria della cassa toracica, l'espansione toracica è normale a sinistra, mentre del torace destro non si muove che la porzione inferiore ed il suo movimento di espansione e riduzione segue una linea che va dall'avanti all'indietro, ma dal basso all'alto.

Il perimetro toracico della metà destra, misurato sulla linea bimammillare, è di 42 cm. contro 51 che ne misura il lato sinistro.

La fossa sopra clavicolare di destra è molto arcuata e la parete toracica anteriore, nella sua porzione superiore, molto avallata, così pure è schiacciata la regione ascellare destra. La respirazione è più rapida di quanto non lo sia di norma: 26 movimenti al minuto.

A destra posteriormente, in corrispondenza dell'8° spazio intercostale, tra l'ascellare posteriore e l'angolare della scapola, si nota un seno fistoloso, ovoidale, largo 3 cm. circa, con la pelle retratta verso l'interno a guisa di ombelico. Da questo seno che lascia appena passare la punta di un dito mignolo, fuoriesce un tubo a drenaggio sottile, dal quale geme in discreta copia liquido purulento.

La palpazione profonda eseguita anteriormente, determina alla base del torace un dolore sopportabile, ma che ha il suo acme nell'ipocondrio destro verso l'epigastrio con tendenza ad irradiarsi

alla spalla destra; la tosse viene da questa manovra, maggiormente eccitata.

Alla percussione suono timpanitico di polmone atelettasico nella fossa sopra e sotto clavicolare di destra, e regione scapolare; iperfonetico nella regione ascellare e più in basso.

All'ascoltazione si nota assenza quasi completa di murmure vescicolare e posteriormente ottusità, anteriormente invece sonorità con debole murmure vescicolare. Poca è la quantità d'aria che vi entra.

A sinistra, si ha invece sonorità normale ovunque, nessun rantolo, all'apice e all'innanzi respiro vescicolare un po' aspro.

Una sonda Nélaton introdotta per la fistola, percorre una cavità che sembrerebbe di forma ovalare con l'asse maggiore trasversale; essa penetra in alto ed all'indietro sotto l'omoplata a 9 cm. di profondità. La capacità del cavo è di 200 cm. Esso contiene qualche cucchiaio di liquame purulento, fetido, Cuore spostato a sinistra, la punta batte tra l'ascellare anteriore e la mammillare; area normale, toni netti.

L'addome è un po' teso e meteorico nella sua parte superiore. La palpazione anche leggera è dolorosa all'ipocondrio destro ed alla fossa epigastrica. Il limite superiore del fegato non fu possibile assodare, inferiormente sporge di un dito trasverso dall'arcata costale sull'emiclaveare, alquanto meno verso l'ascellare; il margine liscio ed ottuso si avverte con facilità.

La milza è lievemente aumentata di volume, le funzioni digerenti sono molto alterate, anoressia intensa, alito disgustoso, alvo diarroico con scariche di materia liquida, mucosa, verdastra, fetentissima, a reazione debolmente acida. La ricerca dell'ameba nelle feci riesce negativa.

La lingua, quando il malato la sporge è in preda a lieve tremolio ed appare arida, fuliginosa, con notevole arrossamento dell'apice e dei margini, denti e bocca pure essi secchi. Nulla di speciale si rileva a carico dello stomaco, libera ed indolente la regione ileocecale. Assenza di edemi e di ingorghi ghiandolari.

Orine 1500 cc., giallo-paglierino, leggermente torbide, acide, con peso specifico di 1024. La ricerca dell'albumina, dello zucchero, del pus, riesce negativa. Si nota invece tracce di pigmenti biliari, e discreta quantità di indacano, urea gr. 10,50 per mille.

Viste le sue condizioni sempre più gravi, il 18 Gennaio con-

anestesia locale, pratico un'incisione obliqua che partendo da quattro cm. dalla fistola, risale fino a 7 cm. dalla' apofisi spinosa lungo il bordo della nona costola. Divaricata per bene l'incisione, reseco sottoperiostealmente circa 13 cm. della nona costa e 15 cm. circa della 10a. Denudato così il tratto di pleura corrispondente, si nota che la parietale è quasi cartilaginea ed introducendo il dito nella fistola, si può calcolare approssimativamente il suo spessore ad un cm. Fatta poscia un'incisione verticale dalla pleura fino al polmone sottostante — che si riconosce per il suo colorito grigio-ferreo che fa marcato contrasto con l'aspetto tendineo della pleura — afferro con una pinza di Mac o'Klintock il bordo posteriore della incisione pleurica, scollo la porzione posteriore della pleura viscerale, poi l'anteriore e vuoto il sacco pleurico di quanto conteneva, cioè di circa mezzo litro di liquame purulento color decotto di castagna.

Liberato il polmone lungo tutta la linea d'incisione, osservo come esso non si espanda liberamente perchè aderente alla pleura diaframmatica. I due lobi inferiori sono duri, arrossati; ed in corrispondenza del lobo inferiore penetro col dito durante la manovra esplorativa — rompendo il parenchima — in una sacca marciosa in esso scavata, dando così esito a pus fetidissimo, per colore eguale a quello contenuto nella pleura. Esplorando col dito la superficie diaframmatica riscontro in corrispondenza del seno costo-diaframmatico un foro della grandezza di circa una moneta da un centesimo che conduce in una cavità formatasi nel parenchima epatico. Allargato il foro, un'altra quantità di pus, dai caratteri di quello trovato in precedenza, irrompe all'esterno frammisto a frustoli di tessuto necrotico. Ripulisco allora accuratamente le cavità sotto e sopra diaframmatiche e polmonare e dreno il tutto con garza iodoformizzata.

Il malato che sembrava avere sopportato benissimo l'atto operatorio e che si era svegliato in condizioni così buone da non richiedere nè ipodermoclisi, nè iniezioni eccitanti, dopo dieci ore dall'intervento cominciò ad aggravarsi rapidamente. Apparvero dispnea, rantoli tracheali, le estremità si fecero diacciate, cianotiche, il polso divenne filiforme con 140 pulsazioni ed il paziente nello spazio di una sessantina di minuti, senza sentire vantaggio di sorta da quanto in simili casi è a nostra disposizione, venne a soccombere.

Alla necropsia eseguita ventiquattro ore dopo la morte e limitata ai soli visceri toraco-addominali si riscontra :

TORACE. — Nulla a carico delle vie aeree superiori, della pleura e del polmone di sinistra. La metà destra del torace non contiene che pochi centimetri cubici di liquido color decotto di castagna, i due foglietti pleurici, specie della pleura diaframmatica sono arrossati alla base del lobo inferiore del polmone — duro e pur esso arrossato — opachi, ricoperti da false membrane fibrino-purulente. L'apice e la faccia convessa del polmone sono liberi da aderenza con la parete toracica, mentre la base è così intimamente adesa al diaframma che per togliere questo viscere bisogna sacrificare abbondanti brandelli di tessuto polmonare. Ad un certo momento nello scollare il polmone vedo irrompere un fiotto di pus color decotto di castagna, ma più fetido, che proviene da una cavità irregolare, anfrattuosa, circondata da pareti friabili, ricoperta da pus, scavata nel parenchima del lobo medio ed inferiore del polmone saldati fra loro e carnificati, e comunicante da una parte, coi bronchi infiammati, dall'altra per un orificio fistoloso attraverso il diaframma, con un viscere che si può fin d'ora affermare essere il fegato. Finalmente notasi una specie di foro — quello praticato durante l'operazione — che fa sboccare la raccolta endopolmonare nel cavo pleurico.

Notevolmente ingrossate le ghiandole peribronchiali. Il tessuto polmonare è sclerotico, soprattutto attorno al tragitto fistoloso.

Cuore alquanto aumentato di volume, ha le cavità destre assai distese, miocardio pallido, grigiastro, flaccido, facilmente lacerabile, le valvole e gli orifici sono integri.

ADDOME. — All'apertura di questa cavità, si trova che il fegato sporge di due dita trasverse dall'arcata costale, l'ala piccola copre parte dello stomaco. Passando una mano attorno alla ghiandola epatica si nota posteriormente una salda aderenza di essa al diaframma. Sciolto il viscere da queste aderenze e tolto dalla sua sede, lo si trova aumentato di volume, molle, di colorito giallo-pallido, con una grossa chiazza bianco-sporca, circondata da tessuto epatico di colorito quasi normale. Scavata nel lobo destro, in corrispondenza della cupola, si nota una cavità ascessuale ormai vuota, del volume di un pugno ed aprentesi per due fori distinti — come venne già notato — attraverso il diaframma nella pleura e nella base del polmone. I margini della zona suppurante sono

sinuosi, e si continuano col parenchima epatico, senza che membrana alcuna ne li separi dal rimanente del tessuto ghiandolare. A sua volta questo cavo ascessuale è circondato da una zona di maggiore consistenza che dà l'impressione di palpare un tessuto fortemente infiltrato. Le pareti dell'ascesso misurano cm. 1,5 di spessore e si nota che appena finito lo strato di esso, incomincia parenchima epatico che al taglio appare bruno-nerastro, alterato.

Esaminato attentamente il diaframma, si osservano due fori nettamente distinti l'uno dall'altro; con orifizio irregolare, tondeggiante, del diametro di un cm. circa il primo, e circondato dalla parte toracica da sostanza polmonare. A quattro cm. circa da questo, in corrispondenza del seno costo-diaframmatico, si trova un secondo foro irregolare, quello lacerato durante l'operazione. Entrambi partivano dallo stesso ascesso epatico diretti il primo verso il polmone, il secondo verso la pleura.

La cistifellea e le vie biliari sono pervie e non mostrano alcuna alterazione. Lo stesso dicasi per lo stomaco, il tenue intestino, il ceco e la sua appendice. La placche di Peyer sono sane e non offrono alcuna traccia di lesioni che possano indicare un tifo pregresso. La mucosa del colon, invece, arrossata in tutta la sua lunghezza, mostra qua e là delle ulcerazioni in via di cicatrizzazione, delle quali nessuna sembra aver leso la muscolare. Milza leggermente aumentata di volume, di colorito bruno, molle, succosa al raschiamento. Presenta nel suo interno i follicoli distintamente visibili. Reni di volume normale, esternamente di colorito grigio-giallastro con chiazze rosee. Capsula ispessita, facilmente distaccabile. Sulla superficie di sezione si trovano i vasi iniettati. Corticale aumentata di spessore.

Nel caso in questione la raccolta che aveva indotto il Collega ad intervenire con semplice pleurotomia, mascherava l'ascesso formatosi nel fegato e che si era aperto una via di uscita nel cavo pleurico, indipendente dall'altra attraverso il polmone.

Forse se allora si fosse direttamente ricorsi alla toracotomia, constatando durante l'operazione le vera essenza del morbo, a maggior ragione si poteva sperare di salvare un paziente già in tristi condizioni generali, con fegato insufficiente, che invece di distruggerle, continuava ad immettere in circolo nuove tossine.

Ignoriamo l'agente patogeno della suppurazione epatica e non possiamo neppure fare lontane congetture per la mancanza di esami batteriologici. La diagnosi di ascesso epatico apertosi nel polmone e nella pleura, era tutt'altro che piana e facile prima del secondo intervento, sia perchè i dati della percussione, che avrebbero importanza particolare negli ascessi della convessità epatica sviluppantisi verso la cavità pleurica, non erano nel mio caso utilizzabili per le speciali condizioni anatomiche in cui fegato e torace, dopo la precedente pleurotomia, si trovavano, sia perchè era più logico pensare al momento in cui vidi il malato, ad un ascesso o ad una gangrena polmonare.

Le turbe respiratorie, l'oppressione, la dispnea, la soffocazione, l'indebolimento del murmure vescicolare, i rantoli mucosi, i segni cavitari, ai quali si aggiungeva un espettorato purulento, parlavano in questo senso, per quanto forse potevasi anche pensare ad una pleurite pneumococcica, come quella che in particolar modo può terminare con una vomica.

Prima di praticare l'incisione pleurica, si poteva risolvere il problema se cioè la suppurazione fosse sopra o sotto diaframmatica, osservando la mancata mobilità del versamento pleurico, che muta di livello nelle varie giaciture dell'infermo nella pleurite, l'aumento della metà destra del torace, la direzione delle coste orizzontale o spinte in avanti, invece che stirate obliquamente in basso o all'indietro e più che tutto un'impressione al dito e talora anche all'occhio, di maggiore ampiezza degli spazi intercostali, che sono anche più ricolmi, senza notare che la base del torace destro e la parete dell'ipocondrio sono più piene e che a volte sono sede di un edema accentuato che indica come l'ascesso sia pronto ad invadere la parete. La situazione dell'edema sul torace, sull'addome, sulla regione lombare, sta ad indicare verso quale punto stia per emigrare la raccolta purulenta epatica.

Il gonfiore dell'ipocondrio è ancora più accentuato in questi casi da una retrazione tonica, sebbene moderata, dei muscoli del lato destro dell'addome. Inoltre si nota sempre un punto doloroso limitato in corrispondenza delle coste e degli spazi intercostali, che per lo più è ignorato dal malato e che all'improvvisa pressione colla punta dell'indice diviene intol-

lerabile, tanto che il malato cerca istintivamente di sfuggire lontano dal dito che preme con un movimento subitaneo e caratteristico. Il punto però di maggior dolore provocato non risponde sempre a quello del dolore spontaneo iniziale.

Sintoma pure di grande importanza è l'espettorazione biliare, a volte temporanea, raramente formata da bile pura, a volte persistente e prolungata ed allora quasi sempre pura. Di queste due forme, la prima è frequente, la seconda eccezionale e sta a dinotare una permanente comunicazione tra fegato e bronchi.

E' questo espettorato un liquido denso, mucoso e purulento, con sangue e brandelli di tessuto polmonare distrutto che, lasciato all'aria diviene ben presto sciroposo, od oleoso, omogeneo e che Councilman e Lafleur quando è di colorito bruno rossastro lo paragonano a salsa di acciuga. Ogni giorno il malato può eliminarne da 25 a 500 cmc. e nei primi giorni dello svuotamento ancor più. Questo espettorato, se lasciato riposare, si divide in uno strato schiumoso superiore, in un medio lievemente torbido ed in uno inferiore mucopurulento.

Lo sputo è alcalino, dolciastro e non puzza mai di putrefazione.

Un dato della massima importanza veniva messo in evidenza dall'autopsia, la impossibilità cioè, di drenare per via transdiaframmatica la raccolta epatica. Conveniva quindi andare alla ricerca del pus nel fegato stesso, perchè in casi simili l'indicazione operatoria è data dall'insufficiente svuotamento dell'ascesso epatico ad opera della migrazione bronco-polmonare.

* * *

In altro malato, una donna di recente operata, l'infiammazione adesiva di un ascesso della faccia convessa aveva colpito il diaframma che tendeva ad ulcerarsi, mentre il pus era già pronto a versarsi nel cavo pleurico. I segni clinici di questo stato di inizio mi sembra fossero discretamente chiari: ottusità dell'aia epatica che giungeva in alto fino al sesto spazio intercostale; dolore puntorio « epatico » con respirazione corta, dolorosa, dolore alla spalla penosissimo, esacer-

bato da ogni movimento, accompagnato a dispnea ed a tosse secca e stizzosa. La presenza di una localizzazione nevralgica, piuttosto accentuata, nella fossa sotto-spinosa, dolore che sta in rapporto con la lesione del diaframma, la direzione dell'edema, la temperatura più elevata mi consigliarono ad intervenire senza indugio, nonostante le condizioni gravissime dell'ammalata.

OSSERVAZIONE II°

DE M. REGINA, a. 43, coniugata, casalinga, da MURIS DI RAGOGNA (UDINE), entra il 30-XI-1925 allo Spedale di S. Daniele.

Ammalata dal 6 Ottobre 1925 con modica febbre, remittente, $37^{\circ}/5$ al mattino, $38^{\circ}/5$ alla sera. La malattia esordì con dolore spontaneo all'ipocondrio destro, esacerbantesi alla pressione, specie in corrispondenza della regione colecistica che appare alquanto tumefatta. Tosse secca, stizzosa. Alvo diarroico con scariche liquide, mucose, verdastre, fetide. Il dolore dell'ipocondrio destro andò diminuendo nelle prime due settimane insieme alla temperatura febbrile, che scomparve per quattro giorni, risalendo poi nuovamente a $37/3-38/8$.

Verso la fine di Novembre, ricomparve il dolore all'ipocondrio, dolore che a giorni si irradiava verso la spalla destra. Contemporaneamente comparvero le prime manifestazioni di un versamento pleurico destro e le condizioni del cuore cominciarono ad essere allarmanti.

Donna d'aspetto molto sofferente, pannicolo adiposo molto sviluppato, colorito pallido, quasi terreo, non subitterico, sclere bianche, mucose leggermente pavonazze. Sta in decubito dorsale con le gambe leggermente flesse sulle cosce e queste sul bacino. Lingua secca, saburratale, a margini e punta arrossata. Tosse secca, stizzosa, specie nelle ore serali. Respirazione corta e dolorosa, oppressione, e dispnea.

Polso piccolo, filiforme, cento pulsazioni al minuto. Temperatura oscillante fra i $37^{\circ}/5-38^{\circ}/1$. Cuore sofferente per miocardite. Coste in direzione orizzontale: gli spazi intercostali danno all'occhio l'impressione di maggior ampiezza e di essere ricolmi. Modico versamento alla base del torace a destra. Non rantoli, o segni cavitari, non espettorato purulento, o biliare. Dolore a bretella alla spalla destra, esacerbato da ogni movimento. La parete dell'ipocondrio

destro e la base del torace sono più piene e sono sede di un edema accentuato che sta a dinotare la direzione della raccolta purulenta. Questo gonfiore è ancor più accentuato da una retrazione tonica dei muscoli del lato destro dell'addome.

Punto fortemente doloroso, limitato in corrispondenza del settimo spazio intercostale destro sull'emiclaveare, e che all'improvvisa pressione colla punta dell'indice diviene intollerabile tanto che l'ammalata tenta di sfuggire dal letto ove la si esamina.

Enorme aumento dell'aia epatica specie verso l'alto; l'ottusità arrivando fino al 6° spazio intercostale. Milza lievemente aumentata. Alvo diarroico, feci liquide, mucose, puzzolenti, a reazione debolmente acida, non contenenti amebe. Urine scarse, peso specifico 1009; con 1,5 % di albumina. Contengono forti quantità di indacano, e tracce di pigmenti ed acidi biliari e di urobilina.

*
* *

Con anestesia locale il giorno 3 Dicembre 1925, pratico un'incisione lunga 10 cm. parallela alla 8° costa che denudo rapidamente. Ne reseo 8 cm. Aperta successivamente la pleura si dà esito a circa 30 cmc. di liquido giallo-citrino, limpidissimo. Non essendo il caso di praticare una sutura pleuro-costale e diaframmatica, perchè il diaframma già fuso con la glissoniana, tendeva ad ulcerarsi, sfondo per via ottusa il diaframma. Si vede tosto irrompere attraverso questa breccia un gran fiotto di pus, frammisto a frustoli di tessuto necrotico, proveniente da un'ampia cavità marciosa scavata in pieno parenchima epatico, contenente circa un litro di pus color decotto di castagna.

Accurata pulizia del cavo ascessuale e zaffamento con garza jodoformizzata, rinnovando la medicazione esterna ogni sei ore.

L'esame batteriologico diretto e culturale fu negativo.

Le condizioni generali della donna nonostante l'intervento e le cure assidue successive, per l'insufficienza epato-renale andarono sempre più peggiorando, tanto che la famiglia il giorno 17 Dicembre 1925, chiedeva di trasportarla alla propria abitazione, dove spirava la mattina dopo.

Il quadro sintomatologico classico del grande ascesso è piuttosto difficile ad osservare, mentre frequenti sono i casi in cui l'evoluzione, se non si tiene presente l'eventualità di

un ascesso epatico, può dare luogo a grossolani errori di interpretazione clinica. I sintomi che bisogna sempre diligentemente ricercare sono il dolore, la temperatura, l'aumento del volume del fegato e le complicanze pleuriche.

L'epatalgia è il sintoma più netto, più precoce e generalmente di massimo valore diagnostico. Se spontaneo, il malato l'accusa come un senso di indolenzimento e di peso, diffuso a tutto l'ipocondrio, e l'esplorazione della regione con la palma della mano, ne accentua, ma non ne modifica sostanzialmente i caratteri fondamentali; ma se l'apice del dito ne va alla ricerca negli ultimi spazi intercostali o sotto l'arcata costale, tra l'ascellare anteriore e posteriore, si trova sempre, o quasi sempre, un punto perfettamente circoscritto, ove la pressione risveglia un dolore profondo, acutissimo, che il paziente paragona ad una trafittura, ad un colpo di pugnale, al quale il malato tenta sottrarsi.

Questo dolore puntorio, « dolore epatico », esiste sempre, ma è necessario saperlo ricercare, magari imprimendo colle quattro dita affondate diritte sotto le coste, una prudente manovra di sobbalzo in alto del viscere, in modo da schiacciare contro il diaframma la zona di epatite.

Tale sintoma è infatti di valido aiuto nella diagnosi, perchè il massimo del dolore corrisponde per lo più ad un punto, ove la raccolta è meno profonda e tende a raggiungere la superficie ed a svuotarsi spontaneamente. Il dolore a bretella di Bertrand e Fontan, che non è altro che la classica scapolalgia, dovuto con grande probabilità ad una irritazione del frenico destro e delle sue anastomosi coi nervi scapolari, è un sintoma incostante, non molto frequente e comune a tutte le malattie epatiche, localizzate in special modo alla superficie diaframmatica del viscere. A volte può essersi manifestato per poi scomparire rapidamente. Può però servire per la diagnosi di sede come accadde nella osservazione seconda; in cui il dolore alla spalla completava il quadro clinico di un ascesso della cupola epatica. Per Bressot, la localizzazione di questa irradiazione sottoclavicolare, acromio-clavicolare o sopraspinoso, sarebbe in rapporto con la posizione anteriore, mediana o posteriore dell'ascesso.

Il dolore invece localizzato al lombo, ed alla regione ileo-

costale, irradiantesi anche all'anca, non mancherebbe quando l'ascesso si svolge nella metà posteriore, od alla porzione esterna del lobo destro.

A volte l'epatalgia diviene così accentuata, da strappare non solo urla al paziente, ma da imporgli una speciale attitudine in avanti, od un decubito particolare, variabile secondo i casi.

Nulla è più vario della curva termica negli ascessi del fegato ! A volte assume il decorso della tifoide, talora dell'intermittente, mentre ancora può mancare qualunque elevazione termica, anche ad ascesso formatosi. A volte ancora l'apiressia si estende a tutta l'evoluzione del processo suppurativo, fatto strano oltre ogni dire, ma che non era sfuggito ai vecchi trattatisti.

L'aumento dell'area di ottusità assoluta e relativa del fegato fu riscontrata tanto verso l'alto che verso il basso, ma con maggiore estensione in un senso, piuttosto che nell'altro, a seconda che l'ascesso aveva una evoluzione prevalente verso la cupola o verso la concavità epatica. La tumefazione epatica, rilevabile con il palpamento e con la percussione, si ha quasi sempre nell'ascesso flemmonoso, il dito e l'occhio hanno l'impressione di una maggiore ampiezza degli spazi intercostali, che sono più ricolmi ed hanno una risonanza ottusa più cupa e piena del normale.

« Nella clinica si danno dei casi in cui la diagnosi è così difficile, che coi dati ricavati solo dal caso in osservazione, non si può formulare esattamente, non bastando nè i sintomi regionali, nè i fisici a precisarla, anzi deviando essi la mente del medico verso un falso diagnostico ». Così per l'appunto era il caso del Mercandino, pubblicato dal Dogliotti, in cui una pleurite sierosa sterile era l'unica manifestazione di un ascesso nel lobo destro subito al disotto del diaframma, con erosione superficiale del parenchima epatico, aderente in questo punto al diaframma, libero invece nel rimanente ; altro piccolo ascesso, grosso come una noce, si aveva nello spessore del margine posteriore del lobo di destra.

Ora ognuno sa come negli ascessi epatici, specialmente in quelli a sviluppo del focolare suppurativo verso l'alto, si possono avere dei sintomi fisici di reazione polmonare in corri-

spondenza del limite superiore di ottusità epatica e consistenti essenzialmente in un forte ed esteso sfregamento pleurico, accompagnato o no, da versamento nella pleura corrispondente al lobo del fegato malato.

Una pleurite sierosa asettica, associata ad una pleurite sinistra, come solo sintoma di un ascesso epatico latente, con sede nella cupola del lobo destro è cosa invece che merita di essere tenuta presente, anche se il caso dal Dogliotti reso noto, sia l'unico del genere esistente nella letteratura medica. Questi fatti pleuro-polmonari si possono osservare all'in fuori di ogni comunicazione diretta dell'ascesso epatico coll'apparato respiratorio e sono perciò dovuti ad una diffusione o per contiguità o per via linfatica del processo infiammatorio sottostante.

In più della metà dei casi operati dal Giordano, la pleurite destra era una manifestazione secondaria della lesione epatica. Che la sua patogenesi sia strettamente legata a quella dell'ascesso epatico è provato anche da ciò : che dopo l'operazione i fatti pleurici rapidamente scompaiono. Abitualmente si presenta sotto la forma clinica di una moderata raccolta sierosa o siero-fibrinosa, di rado invece come pleurite secca, per cui occorre di avvertire un rumore di sfregamento ascoltando nei tratti inferiori del costato di destra. Queste lesioni pleuriche, sproporzionate alle condizioni generali, debbono essere interpretate come un indice, un testimonio, denunciante l'ascesso epatico.

L'ittero manca in quasi tutti i casi osservati (lo vidi solo nell'ammalato dell'oss. III) e se a prima vista si può parlare di tinta subitterica della sclera, guardando più accuratamente si può constatare come questa tinta non sorpassi in intensità quella che può accompagnare ogni infezione un po' grave. (Giordano).

Accertata la diagnosi di ascesso epatico, un problema non meno importante si impone al curante, quello cioè dell'agente morboso, perchè da esso dipende l'indirizzo curativo, dacchè, nelle forme amebiche, la terapia medica può essere a volte efficace. Un segno vearamente rivelatore della natura dell'ascesso amebico è il carattere del prodotto morboso estratto colla puntura esplorativa. Se il liquido non è pus vero, ma

costituito da detrito cellulare, da emazie, da cristalli di ematoidina, da goccioline di grasso, noi possiamo porre la diagnosi di ascesso amebico (Pontano).

L'ascesso epatico non ha una formula emo-leucocitaria specifica, ad ogni modo l'esame del sangue in quello stadio in cui abitualmente questi ammalati ricorrono a noi, ci mostra ipoglobulia notevole, prolungata, con globuli rossi di frequente deformati e con modificata, la loro reazione isto-chimica; l'iperleucocitosi oscillante da 40000 à 50000 leucociti per mmc., diminuzione del tasso degli eosinofili (1).

Per Maurel e Bertrand questa iperleucocitosi sarebbe in stretto rapporto con l'epatite suppurativa dissenterica, mentre le ricerche di Khourì d'Alessandria (2), vengono a conclusioni opposte. Questo studioso fece l'esame del sangue in dieci casi notando una volta leucopenia (5312 leucociti per mmc.); tre volte leucociti in numero normale: da 7000 a 8000; tre volte una iperleucocitosi moderata, (da 12000 a 15000) e finalmente tre volte una iperleucocitosi notevole, ma sempre inferiore a 30000. L'aumento si porta a preferenza sui granulociti neutrofili, la di cui proporzione si porta a 80 e 90 % invece di 60 a 70 %. Pontano nei 25 casi di ascesso amebico del fegato da lui studiati, ha trovato modica leucocitosi: 10000-20000. L'inquinamento con germi comuni non è ragione per accrescere notevolmente la leucocitosi, anzi in uno dei casi di Pontano non raggiungeva che i 9400.

La variabilità del numero dei leucociti sembra dovuta alla maniera differente di reazione dell'individuo alla medesima causa morbosa.

Ci troviamo quindi di fronte ad una granulocitosi, granulocitosi che avrebbe una curva identica alla leucocitosi. Anche su questo punto Khourì ha ottenuto risultati differenti. Infatti per quanto concerne la proporzione dei granulociti neutro-

(1) MATHIS LEGER et JOUVEAU DUBREUIL. — Diminution du taux des éosinophiles dans l'epatite suppurée amibienne. « Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine », séance du 11 décembre 1910.

(2) KHOURÌ. — La prétendue hyperleucocytose du sang dans les abcès hépatiques des pays chauds. « Société de Biologie », séance du 21 octobre 1905.

fili, sei volte su dieci non sorpassava le cifre normali (da 60 a 70 %). Sabrazès e Cauvin attribuiscono ancora un grande valore diagnostico differenziale, superiore alla stessa granulocitosi neutrofila, alla reazione iodofila dei granulociti. Ma anche questo fatto non è costante per gli ascessi epatici, chè Galli riscontra l'iodofilia al di fuori delle suppurazioni viscerali.

Per quanto l'iperleucocitosi granulocitica e l'iodofilia sieno lontane da essere la regola nella epatite suppurativa, è consigliabile di non trascurare questo esame, perchè la persistenza dell'iodofilia, della granulocitosi, dopo lo svuotamento della raccolta epatica, significa che l'ascesso non fu a sufficienza evacuato e drenato, o che esiste ancora un altro focolaio di suppurazione. Lo svuotamento completo della raccolta marciosa, ristabilirebbe quantitativamente e qualitativamente l'equilibrio leucocitario.

Qualche volta la base del torace e le pareti dell'ipocondrio, sono sede di un edema accentuato. I tegumenti sono tesi, bianchi, madreperlacei e vi rimane l'impronta del dito. Questo sintoma denota quale regione l'ascesso, ormai superficialissimo, stia per invadere.

Riguardo alla diagnosi, è da tutti ripetuto che un elemento decisivo, patognomonico, univoco, si cerca invano nella sindrome dell'ascesso epatico; per lo più è l'insieme dell'anamnesi e dei fatti subbiettivi ed obbiettivi della storia clinica, che ci conduce alla diagnosi esatta (Lucatello). A questa però nella maggioranza dei casi non si giunge se non si pensa — e tra noi ove sono piuttosto rari è facile che avvenga — ad una raccolta suppurata del fegato. Nè vale insistere a praticare punture esplorative, perchè vi sono casi, tipico quello di Zancarol, di 34 punture negative al pari della laparatomia esplorativa! L'autopsia mostrava l'esistenza di un ascesso indovato alla regione postero-inferiore della superficie concava del lobo destro del fegato, tra la colonna vertebrale, il rene destro e gli altri visceri vicini. Milton, chirurgo al Cairo, convinto esso pure dell'esistenza di un ascesso epatico non rivelato dalle punture esplorative, pratica una laparatomia che non rivela nessuna raccolta purulenta di questo viscere. Qualche giorno dopo la giusta diagnosi venne confermata da

una vomica. Cavazzani a malato laparatomizzato non rinvenne il focolaio purulento, resosi poi manifesto ed operato due mesi dopo a livello della V° costa, sulla linea ascellare posteriore. Era un ascesso ubicato dietro il legamento coronario !

D'altra parte si è scambiato per ascesso epatico un ascesso voluminoso del rene, come accadde a Montalier (1). L'autopsia mostra il fegato indenne. La raccolta purulenta invece era contenuta in una enorme tasca anfrattuosa, nella quale era trasformato il rene destro. -

Non sempre l'indagine radiologica può dare indicazioni certe per la diagnosi dell'ascesso epatico ; perchè il reperto sia positivo è necessario che la raccolta purulenta sia prossima alla superficie dell'organo, mentre invece un ascesso centrale può svolgersi senza la comparsa di segni radiologici. Il reperto più comune, nei casi caratteristici, è la deformazione e il sollevamento della volta diaframmatica, accompagnata da immobilità diaframmatica e da obliterazione del seno costodiaframmatico per reazione infiammatoria da vicinanza. Va però ricordato che il sollevamento del diaframma è dato a volte da altre cause : per ritenerlo quindi dovuto ad ascesso, bisognerà che abbia curva regolare, sebbene anche piccole sporgenze possono essere dovute alla stessa causa. E' quindi opportuno esaminarne radiosopicamente il profilo superiore sotto tutte le incidenze, tenendo però presente che col solo sintoma di deformazione del profilo superiore non si deve concludere per l'ascesso del fegato. Anche gli altri sintomi sono necessari per aversi la sicurezza diagnostica. Bisogna studiare anche il margine inferiore e rilevarne le modificazioni : ciò si ottiene con discreta facilità, coll'insufflazione del colon. Non è consigliabile il pneumo-peritoneo perchè sebbene capace di dare una bellissima visione del profilo epatico può essere pericoloso come in tutte le infiammazioni acute. Quando l'ascesso protrudente sul profilo superiore si fonde e si apre, si può avere l'immagine idroaerea caratteristica dell'ascesso subfrenico, accompagnata da immobilità assoluta del diaframma. In tal caso è caratteristica l'imma-

(1) « Société d'Anatomie de Bordeaux », séance du 8 mars 1909.

gine del diaframma che si individualizza, allontanandosi dal profilo epatico. Se l'ascesso ha perforato anche il diaframma, si può avere l'immagine di pleurite o di idropneumotorace (piopneumotorace). In tal caso la diagnosi differenziale col piopneumotorace genuino, può riuscire molto difficile. Se per avventura si sono stabilite delle aderenze colla base polmonare, l'apertura dell'ascesso può dar luogo al quadro radiologico dell'ascesso polmonare, che sarà accompagnato da vomica quando comunicherà con qualche bronco. Anche in questo caso la diagnosi radiologica è molto difficile, perchè può essere confuso il reperto con quello di ascesso polmonare basilare.

Molte volte però nel caso di ascesso epatico apertosi nei bronchi, si nota la base del polmone percorsa da un'ombra opaca in continuità con quella del fegato e dovuta alla condensazione del tessuto polmonare attorno alla fistola epato-bronchiale.

Giordano combatte ad oltranza la puntura esplorativa a puro scopo diagnostico, ritenendola mezzo infido perchè « se la puntura è spesso cieca, non è sempre innocente ». Per la nostra scuola quindi non è indispensabile, e tuttavia non è certo il primo elemento diagnostico. E' tipico un caso di Giordano (Oss. XXXVIII), nel quale all'operazione dopo resecata la decima costa, si osservava protrudere dalla breccia il peritoneo disteso da un coagulo di sangue (del volume di un uovo di tacchino), che stava a rappresentare l'emorragia della puntura capillare praticata pochi secondi prima sul tavolo operatorio e riuscita positiva.

E' la storia clinica, non la puntura esplorativa, che deve condurci alla diagnosi « *ascesso del fegato* ».

Che se tuttavia si voglia insistere a ricercare questa raccolta con le ripetute punture, bisogna ancora tener presente che a volte queste cadono a vuoto, non estraendosi cioè nè sangue, nè pus, perchè l'ago è andato a cadere nella zona anemica sclerotica periascessuale, e che il risultato appunto perchè negativo, conserva ugualmente il suo significato diagnostico ! (Giordano).

Si tenga presente che la puntura esplorativa è pericolosa nei casi di ascesso piogenico, perchè dal tramite dell'ago può

versarsi del pus nel peritoneo e nella pleura ed aversi complicanze gravissime a carico delle sierose.

La si pratichi come guida, come direttrice, per raggiungere per la via più breve la raccolta, in modo da costituire il primo tempo dell'atto operativo e si ricordi che essendo la superficie convessa del lobo destro la sede più frequente degli ascessi epatici (60 % e forse più), Reinhold raccomanda come punto di elezione per la puntura esplorativa l'ottavo spazio intercostale destro, sulla linea ascellare anteriore.

Diagnosticato l'ascesso, si deve subito intervenire, tenendo presente che la via da seguirsi caso per caso, deve essere la più sicura la più diretta. Tolti i casi in cui l'evoluzione dell'ascesso imponga in via assoluta di scegliere la via transcostale, è sempre consigliabile di battere la via addominale, caratterizzata da : rapidità di esecuzione in malati gravemente intossicati, i quali giungono d'ordinario sul tavolo d'operazione in condizioni deplorabili ; sicurezza di esatta protezione peritoneale in ragione della breccia comoda ed ampia quanto si vuole ; visione completa di tutta la convessità e facile esplorazione della concavità, che ci mette al coperto dal pericolo di non riconoscere un ascesso multiplo ; drenaggio comodo, attivamente funzionante ; minimo pericolo di complicazioni infettive della pleura, in ragione della facilità con la quale si può chiudere prontamente ogni apertura accidentale o voluta del seno (Dalla Rosa).

Con una incisione curva al disotto delle coste, che parte dal prolungamento dell'emiclaveare per arrivare e risalire lungo l'ascellare media, si scolpisce un lembo che si solleva lussando, fratturando od incidento le coste comprese nel suo spessore.

Il peritoneo, la pleura, saranno protetti con dighe di garza iodoformizzata che danno maggiore garanzia delle suture facilmente cedevoli. Queste dighe verranno rinnovate insieme al drenaggio dopo sei od otto giorni. L'ascesso, che non sempre si manifesta a fegato scoperto con fluttuazione, e con una maggiore cedevolezza, ma che molte volte, specie nei primi tempi della sua evoluzione, lo si palpa più o meno profondamente nel viscere come un nodo più resistente, che Gior-

dano paragona ad un nodo iniziale di mastite in una turgida mammella puerperale, sarà sfondato per via ottusa ed a preferenza col dito. Aperta la raccolta purulenta, non è consigliabile raschiare la parete della cavità, come suggerivano Fontan e Voronoff, perchè si può facilitare la diffusione del processo purulento alle parti vicine e determinare anche un assorbimento attraverso al torrente circolatorio generale ed assistere allo scoppio di una batterioemia. Si prosciughi la cavità ascessuale, ripulendola con batufoli di garza dai detriti e dal pus, la si drena per bene e si ribatta, fissandolo con pochi punti, il lembo che si sarà inciso per farsi strada fino al fegato.

Dallo studio accurato dei casi operati dal Giordano, si è portati ad affermare che in base al colorito del pus si potrà formulare una prognosi più o meno riservata. Il pus del colore del decotto di castagna (Oss. pers. 1-2-3-5) o simile a feccia di olio o di vino, dall'aspetto di marcia viscida, porta con sé il pronostico più grave, avendosi facilmente la cachessia degli operati, perchè gli ascessi contenenti questo pus non si esauriscono, esauriscono invece il malato. Trattando però la cavità ascessuale di questi malati con soluzione di formalina — molto cautamente — con acqua ossigenata ed irrigazioni di soluzione 1 ‰ di cloridrato di chinina, Giordano riuscì a diminuire notevolmente la mortalità.

Se il pus invece è bianco, cremoso (Oss. 4), il cavo ascessuale non ha bisogno di nessun trattamento speciale, esso si restringe rapidamente sino alla totale guarigione.

Nei casi in cui esista l'emigrazione dell'ascesso verso una cavità aperta, si interverrà soltanto se compaiono sintomi di un insufficiente svuotamento spontaneo. La rottura della sacca purulenta nella pleura e nei bronchi deve essere trattata con la simultanea apertura dell'ascesso epatico e del cavo pleurico, come si sarebbe dovuto fare a suo tempo nella mia prima osservazione.

In altri tre casi da me operati, mi sono attenuto alla via addominale, seguendo la tecnica più sopra descritta che è quella del Giordano.

OSSERVAZIONE IIIa

V. Battista, d'anni 41, coniugato, contadino, da Cavallerleone (Cuneo). Entra al R° Spedale di Racconigi il 12-XII-1910.

Nulla nel gentilizio; forte bevitore e masticatore di tabacco. Durante il servizio militare avrebbe sofferto di enterocolite. Due mesi prima del suo ingresso allo Spedale, cominciò ad essere tormentato da forti dolori alvini e diarrea ostinata, oltre dodici scariche al giorno. Migliorato con cure appropriate in una ventina di giorni, il 22 Novembre riprese l'inferrotto lavoro, ma il giorno successivo, fu colto da violenti dolori all'ipocondrio, l'alvo ritornò diarroico e comparve febbre oscillante fra i $37^{\circ}/5$ ed i $38^{\circ}/9$.

Nel pomeriggio del 24 Novembre, senza che egli facesse il minimo sforzo, provò in corrispondenza dell'apofisi xifoide come un violento senso di strappo, seguito da acuto dolore che, mentre aumentava di intensità nei giorni seguenti, andava spostandosi verso destra per mantenersi costante nell'ipocondrio di questo lato. Quasi contemporaneamente andava stabilendosi lungo il margine costale inferiore, una tumescenza profonda che il malato poteva rilevare da se stesso, tumescenza dolentissima alla benchè minima pressione.

Individuo denutrito, con aspetto sofferente, tinta subitterica, alvo diarroico, con scariche di materia liquida, mucosa, fetentissima, verdastra a reazione debolmente acida, non contenente amebe. Febbre oscillante fra i $37^{\circ}/3$ - $38^{\circ}/5$. Respiro affannoso, obliquo per l'inerzia della metà inferiore del torace, ampio e con spazi intercostali estesi ed appianati.

Ambito polmonare sano. Nulla si rileva a carico del cuore.

All'esame del ventre, si nota che la tumescenza più sopra ricordata è dovuta ad un notevole aumento di volume del fegato che deborda di quattro dita trasverse il margine costale sino a giungere ad un dito dall'ombelico, I limiti superiori del viscere sono normali.

L'organo è dolente alla pressione, specie sull'ascellare posteriore in corrispondenza della 11a e 12a costa, dove il malato avverte una trafittura intensissima. Alla palpazione si ha l'impressione che esso sia liscio e si rileva un certo senso di elasticità anormale. La milza è aumentata nel suo diametro longitudinale. Orine scarse del peso specifico di 1020, col 2 per mille di albumina, indacano in quantità notevole, tracce di pigmenti ed acidi biliari, urea 25 per mille.

Il 16 Dicembre 1910, nel punto del maggior dolore, una puntura

esplorativa da esito a pus. Di conseguenza, in cloronarcosi, con incisione sottocostale a lembo, resecati 10 cm. della 11a e 12a costa, si scopre il fegato non aderente che si isola con falde di garza dal peritoneo.

Il fegato scende molto in basso, sollevatone il margine, si esplora con esito negativo la concavità. Esplorando invece la convessità si trovano, verso la cupola, lasse briglie di fibrina fra peritoneo e capsula di Glisson. Avvertita in questo punto la durezza elastica caratteristica dell'ascesso epatico ed osservato il colorito grigio della zona malata, sfondo col dito la sacca marciosa svuotandola di oltre due litri di pus color decotto di castagne, misto a cenci necrotici. Ripulita, la zaffo con garza jodoformizzata e ribatto il lembo sotto-costale che fisso con due soli punti di seta. Nel pus non si trovarono elementi micotici nè protozoici.

Rapidamente nei giorni successivi — sotto l'azione di oculte irrigazioni di soluzione di formalina alternate con irrigazioni di acqua ossigenata e di soluzione di cloridrato di chinina all'1 ‰ — si esaurisce la secrezione purulenta. Dopo 15 giorni cominciò coleraggia che si mantenne copiosa per un mese. Lo stato generale andò sempre migliorando e l'operato poté lasciare l'ospedale il 27 Febbraio 1911 perfettamente guarito.

OSSERVAZIONE IV

S. Maria, anni 31, contadina, da Maris di Ragogna (Udine) — Entra allo Spedale di S. Daniele del Friuli il 7 Gennaio 1913.

Donna di debole costituzione, con antecedenti collaterali sospetti riguardo i polmoni, soffersse nel 1911 di febbre intermittente, e di bronchiti ripetute. Bevitrice di vino in quantità rilevante. La sera del 1° Dicembre 1912, in seguito ad uno strappazzo è colta da brividi di freddo, il giorno successivo accusa vivo dolore all'epigastrio e verso sera si ha aumento della temperatura che raggiunge 38°/5. Queste condizioni durarono sei giorni, dopo i quali il curante accertò uno sfregamento pleurico alla base del torace destro, dove si notava una certa ottusità. Il dolore epigastrico non accennava diminuire, comparve singhiozzo, la temperatura si manteneva attorno ai 38°, il polso era debole, filiforme, centodue pulsazioni al minuto. L'alvo piuttosto stitico cominciò ad essere diarroico; quindici — venti scariche al giorno, più frequenti alla notte, con qualche goccia di sangue.

Il fegato aumentato di volume era nello stesso tempo doloroso. La malata accusava dolori lancinanti che si esasperavano alla pressione e coi movimenti respiratori.

Una puntura alla base del torace eseguita dal curante, constatò l'esistenza di pus. Per questo la donna viene mandata nel mio reparto.

Stato generale pessimo, non ittero. Temperatura ascellare 38°/1.

All'esame generale della paziente la mia attenzione fu fermata da una sporgenza uniforme, regolare, liscia di tutta la regione dell'ipochondrio destro. La palpazione, la percussione, dimostrarono trattarsi di un notevole aumento dell'aia epatica. Il margine inferiore del fegato discende infatti di tre dita al disotto del bordo inferiore delle false coste, la massa si abbassa e si solleva seguendo i movimenti respiratori. Non si avverte fluttuazione, non fremito idatideo.

Dolore puntorio in corrispondenza della 11a e 12a costa sull'ascellare posteriore destra. Modico versamento pleurico, limpido, giallocitrino alla base del torace destro. Urine acide, peso specifico 1024, con 0.50 di albumina e 12 per mille di urea.

Feci liquide, giallognole a reazione debolmente acida. La ricerca dell'ameba è negativa.

Faccio diagnosi di ascesso epatico ed il giorno 9 Gennaio 1913, in anestesia morfioscopolochloroformica, con incisione sottocostale a lembo, reseco per 10 cm. la 11a e 12a costa, scoprendo un fegato fortemente edematoso, nel quale rimane l'impronta del dito, di colorito normale e senza bozze. Esistono briglie fibrinose fra peritoneo e capsula di Glisson, verso la cupola del viscere. In corrispondenza della zona scoperta dal lembo, si avverte alla palpazione come un nodo, più resistente del tessuto epatico, sepolto profondamente nel viscere.

Dopo aver isolato con dighe di garza jodoformizzata questa zona, pratico in essa una puntura esplorativa che da esito a pus cremoso, biancastro. Sfondo allora subitamente col dito il tessuto epatico in direzione del nodo più sopra accennato, cadendo così in una raccolta marciosa che ripulisco accuratamente con batufoli di garza, riempiendo poi di garza jodoformica la cavità ascessuale. Ribatto il lembo e con due punti staccati restringo attorno allo zaffo la ferita.

Medicazione abbondante che si rinnova ogni cinque-sei ore. La diarrea scompare in ottava giornata.

L'esame batteriologico e culturale del pus è negativo.

La guarigione si effettua senza incidenti, e l'ammalata può lasciare l'ospedale guarita il 12 Marzo 1913.

OSSERVAZIONE V

De S. NICOLÒ, manovale, di anni 26, da Flagogna di Forgaria, (Udine). Entra nel reparto Chirurgico dello Spedale di S. Daniele nel Friuli il 20 Ottobre 1923.

Nulla di particolarmente notevole nel gentilizio e nell'anamnesi remota personale. Forte bevitore di vino.

Trovandosi in Francia per ragione di lavoro, ammalò con febbre, anoressia, lingua patinosa, disordini gastro-intestinali.

Dopo qualche giorno, preoccupato per il persistere del male, e per la lontananza della famiglia, rimpatriò.

Anche a casa i disturbi continuarono e si ebbe lo stabilirsi di una vera e propria forma tifoidea con il solito decorso. Dopo qualche settimana, (press'a poco al quarto settenario del manifestarsi iniziale del male), insorse una fenomenologia più grave, con dolori diffusi addominali, e peritonismo.

Per tali ragioni venne ricoverato nel riparto medico dello Spedale di S. Daniele del Friuli, il 20 Settembre 1923. Nei primi giorni di degenza, la sintomatologia addominale suddetta ed il peritonismo, in seguito ad opportune cure, diminuirono fino alla ripresa del decorso ordinario della forma tifoidea, in periodo anfibolico. L'addome divenne ben trattabile, la temperatura che si era mantenuta sui $38^{\circ}/5-39^{\circ}/5$ (pur senza scomparire in nessuna giornata) scese qualche giorno presso i 38° .

Sembrava che la malattia dovesse volgere gradatamente verso il suo normale esaurimento, quando il 12 Ottobre si ebbe una modificazione nella sintomatologia. Si presentò un accesso di brividi abbastanza intenso e per un paio di giorni la temperatura esacerbandosi alla sera, ebbe notevoli remissioni mattutine, assumendo un vero e proprio carattere setticemico. Dopo qualche giorno insorse un'apprezzabile dolorabilità alla base toracica destra ed all'ipocondrio dello stesso lato. Anche la palpazione profonda era abbastanza dolorosa. I limiti del fegato (pur non debordando molto l'organo al disotto del margine costale) apparivano spostati ed aumentati in alto, specialmente posteriormente, verso la cupola diaframmatica.

Permanendo gli accessi di brividi, il tipo della temperatura ed i segni di setticemia generale, fu subito pensato ad una possibile localizzazione suppurativa epatica, potendosi escludere compartecipazione al processo, da parte della pleura e del rene.

Per convalidare la diagnosi, vennero praticate punture esplorative profonde, ma dapprima senza risultato favorevole. Rinnovata dopo un paio di giorni tale indagine diagnostica, si-potè ritirare una minima quantità di pus (solo lungo l'ago) che però fu sufficiente a rendere sicura la diagnosi, dando così l'indicazione inderogabile all'atto operativo, per quanto la prognosi dovesse essere molto riservata, dato lo stato dell'infermo, particolarmente grave.

Il giorno 20 Ottobre, il malato viene trasferito nel mio reparto Chirurgico. La respirazione è a tipo costale superiore, nell'ispirazione un poco profonda si vede rimanere immobile la parte inferiore del costato destro.

L'esame dei polmoni e della pleura è assolutamente negativo. Lievi fatti di miocardite.

Il fegato non si può limitare esattamente, perchè la percussione riesce dolorosa, si riconosce però che esso è notevolmente aumentato di volume, perchè in alto l'ottusità sull'emiclaveare arriva al 6° spazio intercostale. Il margine del fegato sorpassa di tre dita trasverse il bordo costale. Dolorabilità squisita di tutta l'aia epatica. Premendo anche lievemente in corrispondenza dell'8° e 9° spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore si provoca un acuto dolore. Milza normale. Urine acide, peso specifico 1024, non albuminose, non contengono tracce di pigmenti biliari. Indacano abbondante. Alvo piuttosto stitico.

Lo stesso giorno 20 Ottobre, in anestesia locale alla novocaina, con incisione sottocostale leggermente arcuata dall'ascellare anteriore all'emiclaveare, ribatto in alto uno sportello osteoplastico ad U, con base in alto e formato dalle undecima, decimá, nona costa, senza aprire il seno pleurico. Inciso il peritoneo ed esplorata col dito la zona fra parete costale e fegato, potei convincermi che la sede dell'ascesso corrispondeva alla parte più alta del lobo destro. Una puntura esplorativa conferma la presenza della raccolta. Con pacchetti di garza jodoformizzata fatta una valida diga di protezione fra fegato e parete addominale in basso, tra fegato e parete costale ai lati, sfondai col dito indice il tessuto epatico, secondo la direzione fornita dalla puntura esplorativa, giungendo sulla rac-

colta. Il pus cominciò uscire con violenza. Il suo colore corrispondeva a quello del decotto di castagna. Prosciugata la sacca ascessuale dal pus e dai cenci necrotici in essa contenuti, la dreno con zaffo di garza jodoformizzata. Ribatto il lembo osteoplastico e vi sovrappongo abbondante medicazione di garza idrofila e cotone sterile, medicazione che si rinnova con grande frequenza. Ipodermoclisi sul tavolo di operazione, poi proctoclisi adrenalizzata.

Una parte del liquido raccolto opportunamente, ed esaminato mentre potè essere riscontrato privo assolutamente di forme amebiche, presentò all'esame diretto dei cocchi che in coltura si dimostrarono per stafilococco albo.

Nei primi due giorni i postumi operatori parvero buoni, la febbre cadde, il polso divenne quasi normale, 80 pulsazioni, diminuì il dolore, la dispnea migliorò e la diuresi fu abbondante. In terza giornata invece si ebbe un aggravamento delle condizioni generali, il polso divenne piccolo, filiforme, frequente (pulsazioni 120 al minuto), la temperatura discese a $35^{\circ}/8-36^{\circ}/1$, la dispnea riprese più intensa, la diuresi ritornò scarsissima, il cuore andò sempre più affievolendosi ed il paziente moriva il 25 Ottobre per adinamia cardiaca.



La mortalità operatoria dipende in gran parte dalle condizioni gravissime dei malati e dal loro stato di attossicamento. Ora siccome questi epatici, non hanno altra speranza di guarigione se non nel tentativo di un intervento operatorio (a meno si tratti di fusioni necrotiche amebiche, ancora curabili con l'emetina), così è coscienzioso per il Chirurgo abbandonare ogni preconcetto statistico ed operare anche i casi disperati, fortunato se — avverte il Giordano — quello che rimane di fegato dopo l'evacuazione dell'ascesso, sia ancora sufficiente per conservare la vita del malato.



Suppuration du foie en Islande

STEINGRIMUR MATTHIASSEN, Akureyri

Dans mon pays l'Islande, j'ai souvent eu l'occasion d'observer des suppurations du foie évoluant en association avec des kystes hydatiques de cet organe.

Ces suppurations se comportent toujours comme de vrais abcès du foie très dangereux et demandent une intervention chirurgicale rapide, c'est-à-dire une marsupialisation du kyste si cet abcès ou la surface du foie n'est pas déjà adhérente à la paroi abdominale.

Comme vous le savez peut-être, l'ecchinococcose a été jusqu'il y a trente ans très commune en Islande. Mais grâce aux progrès du peuple elle est maintenant en rapide décroissance. On ne compte à présent qu'un demi pour mille (0,05 ‰) de la population qui souffre de cette maladie alors qu'en 1867 on comptait 20 ‰.

Or, selon la littérature, il semble que la suppuration des kystes hydatiques hépatiques soit beaucoup plus fréquente chez nous qu'ailleurs.

Il y existe une grande statistique (1) de l'Argentine sur le résultat opératoire des kystes hydatiques, selon laquelle la suppuration des kystes se présente chez 15 % des malades. Mais chez nous, en Islande, il apparaît que le pourcentage monte beaucoup plus haut (jusqu'à 51 %).

Cet événement curieux, il nous faut le considérer en rapport avec une autre condition spéciale pour l'Islande, sur laquelle le défunt professeur Magnusson a attiré (2) l'attention. C'est que chez nous, la formation des kystes-filles à l'intérieur des kystes hydatiques, semble être beaucoup plus fréquente qu'ailleurs.

Le professeur Magnusson se formait cette opinion en accord avec les informations du professeur Duvé, de Rouen,

(1) VEGAS et CRANWELL. — « Los Guistos nidatidicos », Buenos-Aires, 1901.

(2) *Laeknabladid*, juli 1923.

cet illustre savant français, qui sans doute possède la plus grande connaissance de l'ecchinococcose en Europe. Tandis que le professeur Dévé ne voit ordinairement que des kystes aqueux simples ne contenant que de l'eau de roche, le professeur Magnusson au contraire, a le plus fréquemment eu affaire à des kystes remplis des kystes-filles. Et nous autres chirurgiens d'Islande, spécialement le Dr Einarsson et moi, nous avons fait la même constatation.

Evidemment c'est cette circonstance péculiaire qui prédispose la suppuration des kystes, la faisant plus fréquente en Islande qu'à l'étranger. Car selon l'observation digne de remarque du Dr Dévé, vérifiée par le Prof. Magnusson, *la formation des kystes-filles n'aura lieu que dans un kyste où on trouve une dégénérescence morbide conspécieuse par l'effet, que la paroi est devenue perméable soit par son liquide aqueux diffusant du dedans, soit par la bile et des bacilles du dehors.*

Comme il a été bien remarqué par le Prof. Dévé, nous avons ici un des exemples merveilleux de la conservation de l'espèce au temps du péril. Voici le dernier coup de force de l'helminthe dans la lutte pour la vie. Sentant l'approche de la mort, l'animal cystique emploie ses dernières ressources à la prolifération de sa postérité et cela se fait par une germination des kystes-filles nombreuses ou même innombrables de sa surface intérieure.

Mais pourquoi est-ce que nous voyons cela se passer plus fréquemment en Islande qu'ailleurs ? Le professeur Magnusson croyait cela causé par une plus tardive intervention chirurgicale en Islande qu'à l'étranger ; c'est-à-dire que nos kystes deviennent ordinairement plus vieux que dans d'autres pays.

Mais moi, je ne crois pas en cette hypothèse vraisemblable autrefois quand il n'y avait pas d'hôpitaux et de chirurgiens en Islande ; mais maintenant elle n'est plus soutenable. Je voudrais plutôt former une autre hypothèse. Notre espèce de *tænia* avec sa génération alternante kystique a été cultivée pure dans l'isolation en Islande sur nos chiens et moutons pendant dix siècles. Tout ce temps elle a bien prospéré dans ces animaux qui à son tour ont le plus souvent

pendant l'hiver manqué de nourriture suffisante. A ce qui concerne les moutons, les conditions de l'ébergage ont été très défectueuses jusqu'il y a trente ans. Maintenant au contraire — ou depuis ce même temps — tout le monde se porte bien en Islande, chiens et moutons et hommes et même beaucoup plus bien qu'avant.

Il me semble que cela doit avoir joué un rôle dans l'évolution particulière des kystes hydatiques de notre pays. Les forces de résistance chez nos moutons et chez les hommes se sont bien augmenté contre l'ennemi parasite jusqu'alors accoutumé aux hôtes faibles.

A la fin il me faut mentionner que ce n'est que depuis les derniers 25 ans que nous, médecins d'Islande, avons appris les meilleures méthodes modernes du traitement de l'echinococcose. C'est encore à notre excellent chirurgien le professeur Magnusson, qui mourait l'année dernière, que nous devons ce renseignement utile. C'est lui qui le premier introduisait chez nous les méthodes opératoires de Volkmann, de Lawson Tait et de Lindemann Landau, auprès des kystes hydatiques abdominaux au lieu des ponctions jusqu'alors usitées. Ces ponctions étaient très dangereuses et même plus dangereuses que la thérapeutique homoeopathique décevante mais souvent employé et vanté par des charlatans.

Par les nouvelles méthodes Magnusson réduisait la mortalité opératoire autrefois montant jusqu'à 60 % à 4 % pour les kystes limpides et pour les kystes du foie suppurés ordinairement mortelles jusqu'à 25 %.

Je puis vous recommander de lire les deux excellents discours qu'il a fait sur le traitement des kystes hydatiques. Le premier fut publié en allemand dans l'*Archiv für Klin. Chirurgie*, 1912, le second en danois (*Hospitalstidende*, 1912).

Sans aucun panégyrique j'ose bien dire que vous ne pourrez pas trouver des discussions plus érudites et en même temps plus critiques sur la question toujours actuelle des divers modes d'agir auprès des kystes hydatiques que ces deux discours de Magnusson.

M. GIORDANO remercie les congressistes de leur assiduité aux séances auxquelles 97 orateurs ont pris la parole et exprime le vœu de les retrouver en parfaite santé à Varsovie en 1929.

M. LORTHIOIR félicite le président surtout de la perfection et de la courtoisie avec lesquelles il a dirigé les débats et remercie encore chaleureusement les collègues italiens de la magnifique organisation du Congrès.

M. KRYNSKI, au nom des membres polonais, souhaite à tous la bienvenue à Varsovie en 1929.

**Emploi d'un appareil à foyers multiples et orientables
et d'une méthode de mesure en gammathérapie profonde**

Docteur SLUYS

Institut du Radium de Bruxelles.

De toutes les localisations de cancers, celle du col de l'utérus, une des plus fréquentes, permet, par sa situation privilégiée, les thérapeutiques les plus hardies.

Dans des mains habiles, les résultats de la chirurgie ont été et sont brillants, surtout si on les compare avec ceux obtenus dans les cancers d'autres localisations.

L'habileté exceptionnelle des grands maîtres de la chirurgie ne peut rien dans les cas inopérables.

La röntgenthérapie à qui on a confié d'abord les cas ayant dépassé les limites de l'opérabilité, les cas désespérés et les récidives post-opératoires, a obtenu des résultats si brillants, qu'elle dispute actuellement à la chirurgie les cas opérables et fait hésiter certains praticiens, impressionnés par le nombre toujours croissant de guérison.

La radiothérapie des cancers du col de l'utérus est à notre avis une arme d'une valeur sociale bien supérieure à la chirurgie. En effet, un médecin se spécialisant, peut devenir en un petit nombre d'années un bon röntgentérapeute ; s'il y met le soin voulu et observe les règles classiques, il obtiendra des résultats excellents ; tandis que nous voyons que les brillantes statistiques opératoires sont dues à des chirurgiens exceptionnels, d'une maîtrise parfaite, choisis par sélection parmi les plus particulièrement doués.

Les méthodes en röntgenthérapie, grâce à l'effort des cliniciens, des biologistes, des physiciens et des constructeurs, sont arrivées à un très haut perfectionnement ; elle se sont simplifiées en se précisant et se sont fixées. La röntgenthérapie consiste actuellement en un ensemble de règles bien établies, formant un tout bien homogène et déjà classique.

C'est aux écoles allemandes surtout que nous devons ce grand progrès.

Les techniques röntgenthérapiques ont réalisé les deux buts qu'elles s'étaient assigné, à savoir :

1° *L'irradiation homogène* des tumeurs et des régions suspectes d'envahissement dans leur totalité. De cette façon les tumeurs absorbent des quantités d'énergie radiante suffisante à la destruction de toutes les cellules néoplasiques en évitant de léser par surdosage les tissus sains voisins ou interposés.

2° *La mesure* aussi exacte que possible de l'intensité de l'irradiation en surface et en profondeur dans le volume de substance vivante soumis à l'application des rayons X.

Les méthodes de mesure, ou plus exactement les appareils de mesure sont de modèles très variés, basés pour la plupart sur le phénomène d'ionisation des gaz par les rayons ; ils mesurent l'intensité du rayonnement et donnent une image suffisamment exacte de la répartition de l'énergie en surface et en profondeur.

L'ensemble des techniques curiethérapiques est loin d'offrir la même précision et le même degré de perfectionnement.

En effet, la curiethérapie interstitielle et cavitaires ne réalisent qu'imparfaitement la répartition spatiale de l'énergie rayonnante ; la gammathérapie à distance est un progrès dans ce sens mais les méthodes généralement employées sont loin d'approcher en précision celles de la röntgenthérapie profonde selon les techniques modernes. La curiethérapie est un ensemble de stratagèmes et de moyens de fortune plus ou moins habilement exploités dans le but de répartir de la façon la plus homogène possible l'énergie. (Radiumpuncture, introduction de tubes dans les cavités naturelles, radium-chirurgie, appareils moulés, etc.)

La plupart des curiethérapeutes comptant sur leur grande expérience, sur la connaissance parfaite de leurs appareils de radium, et sur la constance d'irradiation des substances radioactives, se dispensent de mesures exactes, faites dans chaque cas en particulier ; ils expriment généralement la dose en indiquant la charge des appareils radifères employés et le temps d'exposition (milligrammes heures) ou en désignant l'énergie dépensée par la substance radioactive pendant le temps d'ap-

plication (millicuries détruits), en ayant soin chaque fois d'indiquer avec précision le nombre de foyers, leur filtration, leur forme, la distance peau-radium, la disposition des tubes et l'étalement dans le temps et le fractionnement. Ils se soucient fort peu en général de donner une idée de l'énergie réellement absorbée par unité de volume de substance vivante ni de déterminer la répartition spatiale de cette énergie.

En curiethérapie on ne se sert pas en général de faisceaux gamma bien localisés permettant comme pour les rayons X une bonne répartition en profondeur. En un mot, la curiethérapie donne des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux de la röntgenthérapie. Tous ceux qui ont fait des séries comparatives de curiethérapie d'une part, et de röntgenthérapie d'autre part, dans les cancers du col utérin en ont été frappés, de cette supériorité des rayons gamma du radium sur les rayons de Röntgen. Afin d'expliquer cette différence on a mis au premier plan le *temps* d'application ; en effet, nous savons qu'en gammathérapie les applications sont longues, continues, certains auteurs même ajustent le temps d'application au rythme de croissance des tissus et des tumeurs (Möttram, de Nabias et Forestier). Les applications de röntgenthérapie sont massives ou discontinues, elles se font en un temps court ou sont fractionnées en nombreuses séances, c'est-à-dire par « à coups ».

Des tentatives d'ajustement ont lieu en ce moment et on essaye en Allemagne surtout d'étudier les avantages et les désavantages de l'étalement et du fractionnement de la dose dans le temps ; le temps de pose, d'intervalle optimum entre deux séances fait l'objet de discussions passionnées (*Holthusen, Jungling, Alberti et Politzer, Holfelder*, etc.)

D'autres croient que la supériorité des rayons gamma sur les rayons de Röntgen provient de ce que, au cours des applications cavitaires et interstitielles de radium, tout en faisant absorber *in loco* des quantités suffisantes de radiations, évite l'absorption inutile de grandes quantités d'énergie par l'organisme, absorption qui se traduit par des « shocks » généraux (mal des radiations) qui sont inévitables quand on emploie les méthodes röntgenthérapiques.

Mais la supériorité de la gammathérapie sur la radiothérapie X est nette même dans les cas où les rayons X n'irradient

que de petits territoires ou quand on prend certaines précautions pour éviter les « shocks ».

La véritable explication, selon nous, de la supériorité des rayons gamma est fournie par l'examen de la façon dont les rayons gamma et de Röntgen sont *absorbés* par les substances à faible densité telles que la matière vivante.

Les rayons X et gamma sont *absorbés* par la matière. Ils *diffusent* également dans celle-ci. Selon la substance pénétrée d'une part et selon la pénétration (longueur d'onde) d'autre part l'*absorption proprement dite* et la *diffusion* ont des modalités différentes. Les rayonnements gamma, par exemple, extrêmement pénétrants sont très peu *absorbés* par les substances à densité très basse, mais y donnent lieu à une très forte *diffusion*. Les rayons X, moins pénétrants, sont plus absorbés dans les couches superficielles que les rayons gamma. D'autre part, les rayons X diffusent moins. Or, on a découvert depuis peu de temps que la diffusion provoquait au sein de la matière un rayonnement corpusculaire secondaire beta très intense (effet Compton). Les rayons gamma très peu absorbés dans les couches superficielles des tissus provoquent une forte diffusion en profondeur, l'ionisation considérable qui en est la conséquence donne lieu à une action biologique très marquée et assez également répartie.

Toutefois la comparaison entre la rontgentherapie et la curietherapie n'aura un sens réel que lorsque les techniques seront, sinon identiques, au moins comparables.

Depuis longtemps déjà, on emploie des appareils de gammathérapie profonde où les préparations radio-actives hautement filtrées sont placées à des distances variables allant jusqu'à 10-12 cm. de la peau. Le faisceau bien *localisé* par de grosses épaisseurs métalliques absorbantes est *orientable* grâce à des dispositifs et des pieds supports semblables à ceux qu'on emploie en röntgentherapie ; on imite en quelque sorte ce que l'on fait avec les rayons X en déplaçant l'appareil et en irradiant successivement plusieurs portes d'entrée, créant ainsi une totalisation de l'énergie radiante en profondeur.

En général, on se dispense de mesures. C'est-à-dire qu'on se base sur l'érythème provoqué à la peau après des tentatives et des tâtonnements successifs en allongeant petit à petit le temps d'exposition. C'est à Mallet et Coliez que

revient l'honneur d'avoir compris les premiers l'importance d'adapter à chaque cas en particulier une répartition de l'énergie gamma. Ces auteurs concurent un appareil permettant l'action simultanée de plusieurs faisceaux gamma bien localisés et orientables. *Mallet et Coliez* se servent de trois foyers enfermés chacun dans une cupule protectrice ; ils irradient *simultanément par trois portes d'entrée non chevauchantes*. Ils créent de cette façon l'homogénéisation en profondeur en évitant les surdosages en surface. Ces auteurs ont compris que la méthode ne serait scientifique que si l'on effectuait avec précision des mesures d'intensité et que si l'on explorait minutieusement la répartition. Ils emploient un appareil de mesure dû à *Mallet*, appelé le ionomicromètre dont la chambre d'ionisation de petite dimension permet l'exploration minutieuse du volume irradié dans un phantôme.

Nous avons, *Kessler* et moi, cru intéressant de créer un appareil de gammathérapie à faisceaux multiples bien localisés et orientables.

Nous avons multiplié le nombre de localisateurs. Ils sont au nombre de treize. Le but est d'augmenter au maximum l'effet « croisement des feux » ; il faut éviter à notre avis l'éloignement des préparations radifères de la peau. Cet éloignement produit certes comme en röntgenthérapie profonde une amélioration notable du taux de transmission, mais entraîne l'allongement du temps d'application (loi du carré de la distance) ou (ce qui revient au même) l'augmentation de la quantité de radium employé. En röntgenthérapie cela a peu d'importance, on peut augmenter l'énergie déployée dans l'ampoule ou plus facilement allonger les temps de pose sans grand inconvénient. Mais en curiethérapie cette méthode est très dispendieuse ; l'immobilisation pendant un long temps de quantité énorme de radium fait perdre à cette méthode leur valeur sociale. Par l'augmentation du phénomène « feux croisés » on épargne beaucoup de la précieuse énergie.

Description de l'appareil.

L'appareil que nous avons conçu, Kessler et moi, comprend 13 foyers de 50 mgrs R. E. de radium enfermés dans de petites boîtes de laiton, elles-mêmes contenues dans 13 blocs de laiton terminés par une tige. Ces blocs glissent, tels des pistons dans 13 localisateurs où ils sont introduits et peuvent être calés au moyen d'une vis (fig.1). Les localisateurs

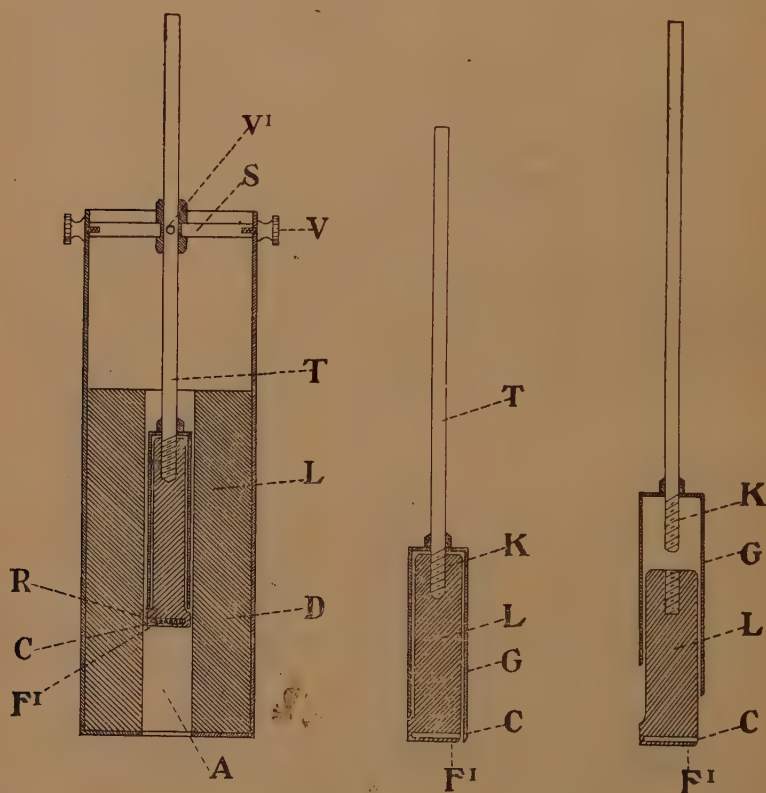


Fig. 1. — Schéma canon et piston porte-radium.

disposés sur trois étages d'un bâti métallique peuvent se mouvoir en tous sens et être orientés à volonté, grâce à un jeu d'anneaux (fig. 2). Selon la position du bloc de laiton

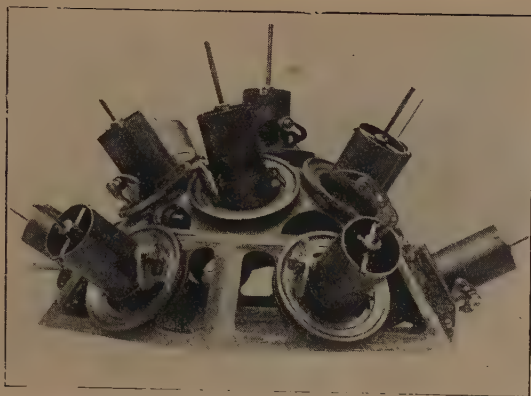


Fig. 2. — Appareil avec canons.

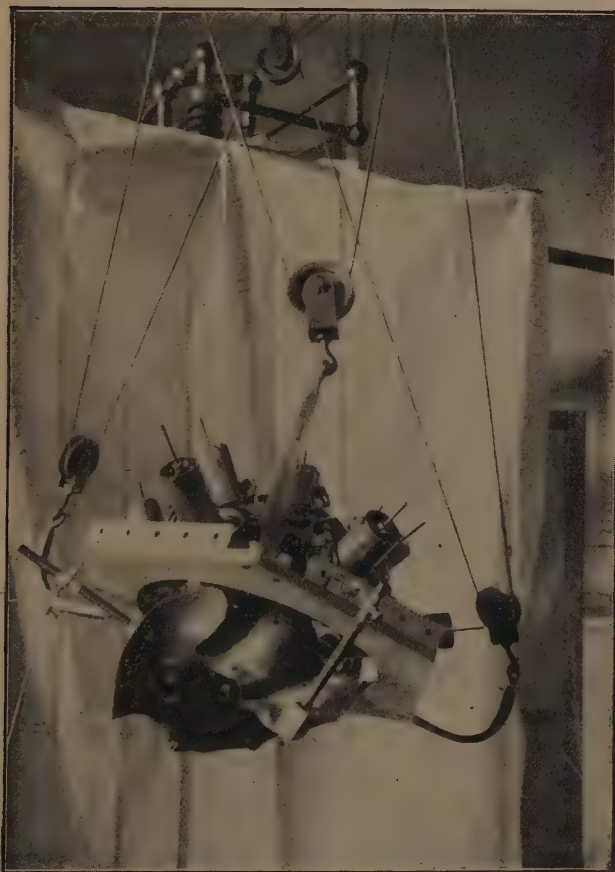


Fig. 4. — Appareil muni du plateau en bois sur lequel des béquilles maintenues par une articulation, fixent l'appareil monté à une distance immuable des foyers radifères.



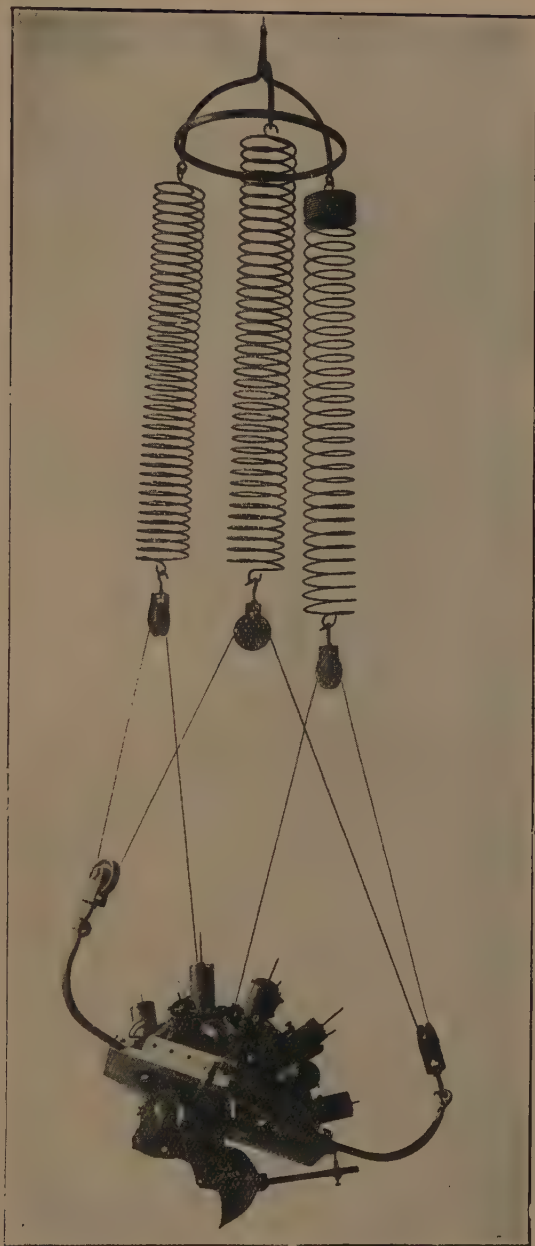


FIG. 3. — Photographie destinée à montrer l'appareil dans son ensemble pour montrer les modes d'attache et la suspension.

dans le localisateur le faisceau émergeant sera plus ou moins étroit. Les rayonnements latéraux sont en grande partie absorbés par les parois qui sont en plomb et ont une épaisseur de 3 cm. (70 % environ du rayonnement absorbé). La filtration vers le malade est obtenue par 3 mm. de laiton. En résumé, chaque localisateur ou « canon » en plomb peut se rapprocher ou s'éloigner de la peau, s'incliner et tourner en tous sens, bref prendre une position quelconque dans l'espace. Une fois cette position choisie le « canon » est fixé.

Comme cet appareil est d'un certain poids (50 kg.) les auteurs ont imaginé un système de suspension à poulies et à ressorts qui permet à l'appareil de prendre toutes les positions voulues par le curiethérapeute sans gêner aucunement le malade (fig. 3) (sensibilité 1 kg. par cm.).

Utilisation de l'appareil.

Après avoir délimité la région à irradier, on en prend un moulage exact en plâtre ; puis on construit sur ces données un appareil moulé en bois. (*Journ. belge de Radiol.*, 8 février 1925). L'appareil moulé est fixé à l'appareil à foyers multiples dans la position qui conviendra le mieux à l'irradiation par feux croisés de la tumeur à irradier. Cette fixation se fait par l'intermédiaire d'un cadre et de taquets en bois parfaitement rigides (fig. 4).

Le plan de l'appareil moulé est dressé ; le spécialiste y indique les endroits les plus intéressants, l'étendue et la forme de la région où s'étend la tumeur. Ce graphique aide le curiethérapeute et lui permet d'orienter approximativement les 13 canons.

Une première idée de la répartition de l'énergie est donnée par une méthode qui consiste à remplacer les tiges porte radium par d'autres tiges munies d'une petite lamp à incandescence qui projettent leur lumière sur l'appareil moulé fixé à l'appareil. Les faisceaux lumineux dessinent les portes d'entrée des rayons gamma sur l'organe représenté par le moulage en bois. On pourra de la sorte faire les rectifications nécessaires pour éviter le chevauchement des portes d'entrée.

Après cette première manœuvre, l'appareil est exploré attentivement au moyen d'une chambre ionométrique de petite dimensions qui sera décrite plus loin (fig. 5) et qui donnera en chiffre la mesure exacte de l'intensité en chaque point. On



FIG. 5. — Chambre ionométrique exploratrice à pression variable.

LEGENDE :

- c = Chambre ionométrique en aluminium.
- t = Trou perforé dans cette chambre.
- e = Electrode centrale.
- f-f = Fil pour amener du courant donnant la tension sur la chambre.
- g = Anneau de garde.
- m = Manchon en aluminium, protecteur où règne la pression.
- o = Ecrou ajustant le manchon permettant l'étanchéité.
- k = Fil conduisant à l'ionomètre.
- T = Tube protecteur en cuivre.
- P = Paraffine.

a ainsi l'image de la répartition spatiale de l'énergie. Ces données sont reportées sur des graphiques (fig. 10 et 11).

L'appareil de gammathérapie profonde à foyers multiples et orientables que nous venons de décrire réalise la répartition rationnelle de l'énergie radiante ; il permet l'*ajustement de la répartition à tous les cas* et enfin évite l'emploi de quantités énormes de radium.

Nous avons fabriqué un appareil de mesure qui a été décrit à Grenoble en juillet 1925.

Cet appareil de mesure est composé :

1° D'une chambre ionométrique de petite dimension à pression variable ;

2° D'un appareil de mesure représenté par l'électromètre de Elster et Geitel modifié par Piccard ;

3° D'accessoires permettant la mesure dans l'espace tout en assurant la protection de l'appareil de mesure et du lecteur

Description de l'appareil de mesure.

1° *La chambre ionométrique* (fig. 5) que nous employons pour explorer point par point l'espace irradié est une sphère en aluminium de 2 cm. de diamètre fermée par un bouchon en ambre dans lequel se trouve un anneau de garde. Les deux électrodes sont représentées l'une par les parois de la chambre ionométrique et l'autre par une petite sphère métallique centrale. L'électrode centrale est reliée à un électromètre par un fil traversant un long tube rempli de paraffine. La paroi extrême de la chambre d'ionisation est reliée à une batterie qui lui fournit la tension suffisante pour obtenir la saturation.

L'absorption du rayonnement dans une chambre de très petite dimension provoque un courant d'ionisation très faible, à peine mesurable dans les conditions habituelles. Nous avons imaginé de faire varier la pression dans la chambre ; en augmentant la pression on augmente proportionnellement le courant d'ionisation.

Afin d'éviter que les bouchons isolants et en général toute la chambre à parois minces ne souffre de la pression du gaz nous avons protégé la chambre et ses accessoires d'un capuchon en aluminium en forme de doigt de gant qui reçoit le gaz sous pression arrivant par un tuyau capillaire de telle sorte que la pression s'exerce en tous sens, sans provoquer la déformation, ni la rupture des isolants.

2° *L'électromètre* (6 et 7) que nous employons est celui d'Elster et Geitel modifié par Piccard. Il comprend un fil de platine extrêmement mince (Wellastone) suspendu entre deux plateaux. Ce fil est mis en contact d'une part avec la chambre ionométrique *exploratrice* et d'autre part avec une chambre dite de « compensation ». Ce fil est en équilibre dans un champ électrostatique. Il se déplacera avec une vitesse pra-

tiquement constante quand on lui infligera une charge croissante. C'est le cas du faible courant provoqué par l'ionisation dans la chambre exploratrice soumise à une irradiation constante. Pour mesurer ce courant d'ionisation produit par

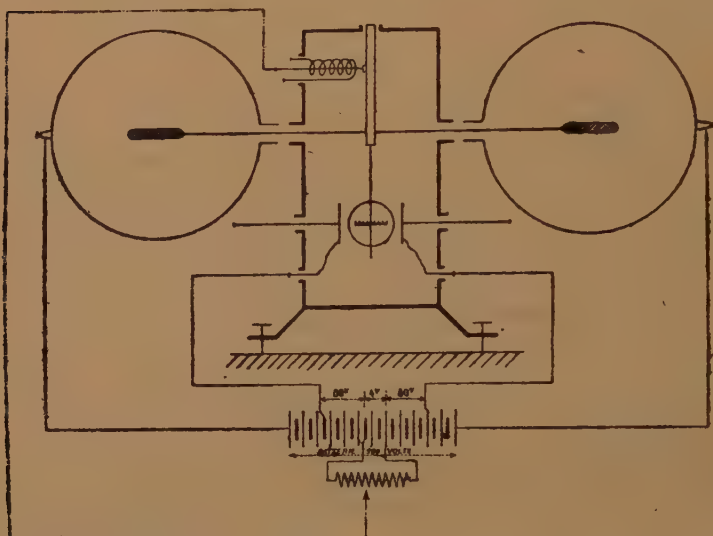


Fig. 6. — Electromètre à compensation pour mesurer des préparations radioactives.

le rayonnement gamma, on observe donc la vitesse de déplacement du fil dans le champ, grâce à une graduation et par le moyen d'un télémicroscope.

3° *Accessoires* : L'appareil de mesure est enfermé dans une cage qui le protège contre les chocs, les variations de température et les déplacements d'air. Il est séparé de la chambre exploratrice et de l'appareil radifère par un mur en plomb de 10 à 15 cm. d'épaisseur (ou de galène de 30 à 35 cm.) (fig. 8 et 9).

Utilisation : Pour mesurer l'intensité en divers points de l'espace, de la radiation provenant d'un appareil radifère, on approche celui-ci de la petite chambre ionométrique. L'appareil radifère plongé dans un phantôme peut se mouvoir dans toutes les directions autour de la chambre iono-

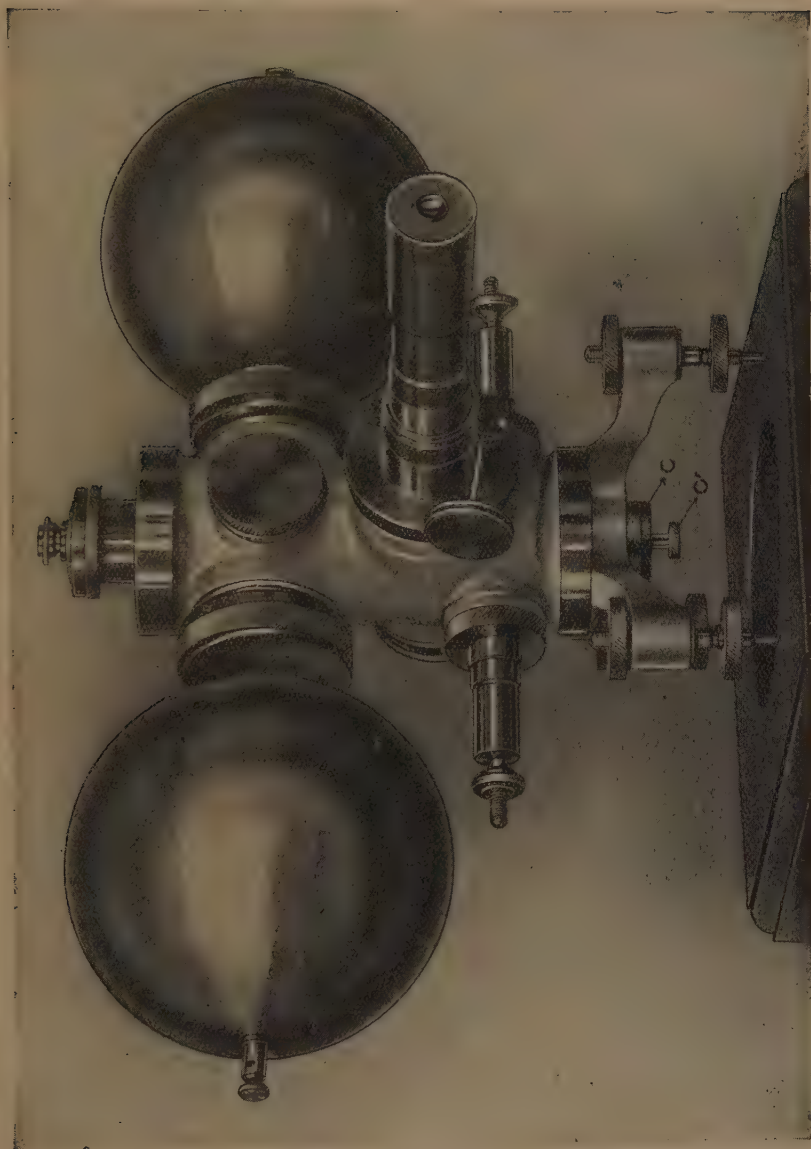


FIG. 7. — Electromètre à fil. Vue de face.

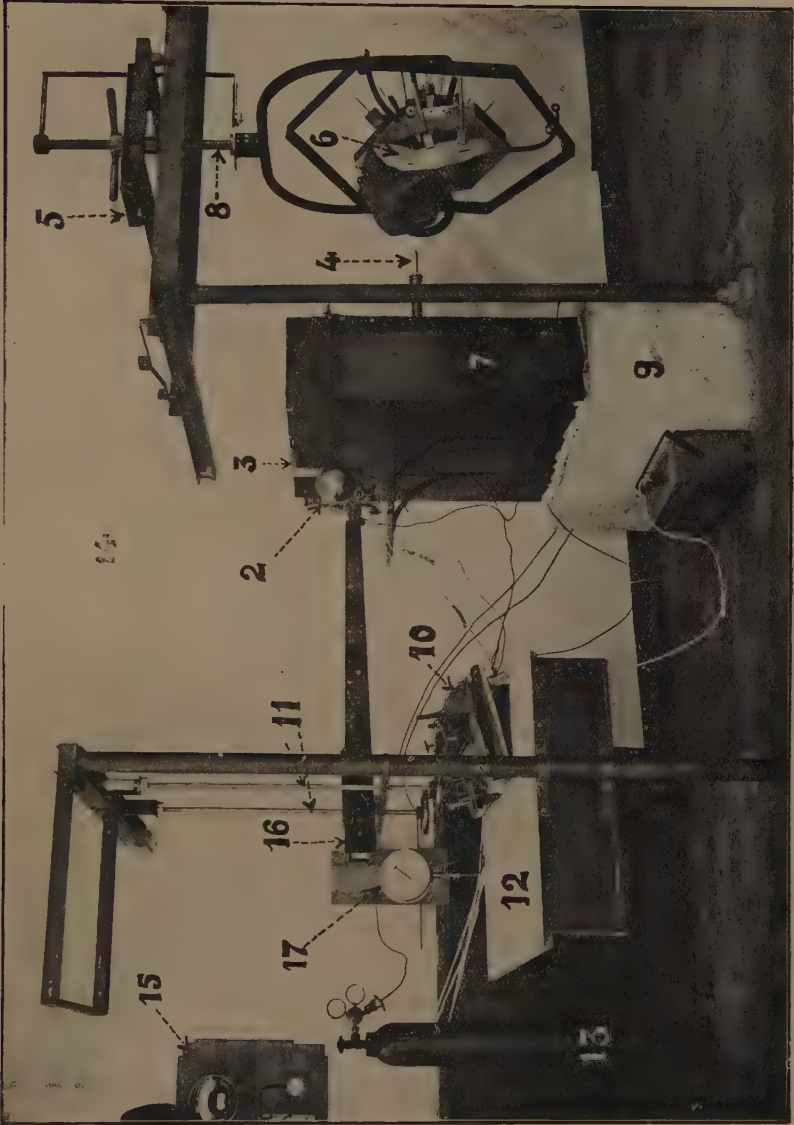


FIG. 9. — Installation pour les mesures des appareils de gammathérapie à l'Institut du Radium de Bruxelles.

métrique restant fixe. On peut ainsi mesurer en surface aussi bien qu'en profondeur l'intensité du rayonnement gamma. La lecture est rapide, et aisée ; de plus on est parfaitement

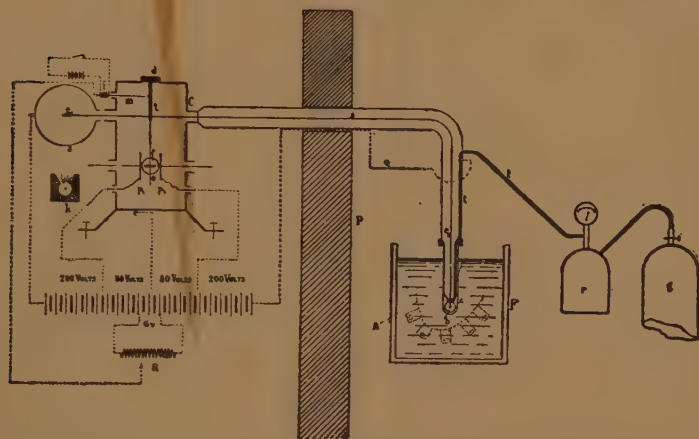


FIG. 8. — Schéma du montage de l'électromètre à fil et de la chambre exploratrice de petit volume à pression variable.

LEGENDE :

- f = Fil de l'Electromètre.
- C = Cage.
- p¹ p² = Plateaux (couteaux).
- e = Tige portant le fil et les électrodes.
- m = Contact.
- i = Bobine de manœuvre.
- e¹ e² = Electrodes.
- a = Chambre de compensation.
- b = Chambre exploratrice.
- c = Manchons de protection.
- g = Bonbonne de gaz sous pression.
- r = Appareil de réglage pour la pression.
- s = Tubes remplis de paraffine.
- k = Appareil radifère pour compensation.
- R = Potentiomètre pour tension auxiliaire.
- P = Mur en plomb (15 centimètres).
- F = Fantôme.
- A = Appareil moulé radifère.
- t = Tube pour pression.
- q = Amené du courant de la chambre.
- o = Optique et graduation.

protégé au cours des lectures. L'appareil tel qu'il vient d'être décrit peut également être employé par *méthode de zéro*.

Dans ce cas, on approche, grâce à une vis micrométrique, un échantillon radioactif de la grande chambre dite chambre de compensation, jusqu'à ce que l'ionisation produite dans la chambre compense exactement l'ionisation de la chambre ionométrique exploratrice. Cette compensation nous permettra, connaissant la radioactivité de l'échantillon, la distance, etc., de déduire l'intensité de l'ionisation dans la petite chambre. On pourra rechercher les autres points qui donnent une compensation identique et par conséquent tracer les lignes d'isodose, d'une façon rapide.

Deux figures ci-jointes (fig. 10 et 11) montrent les lignes d'isodose, mesurées dans un plan, l'une dans un cas de cancer

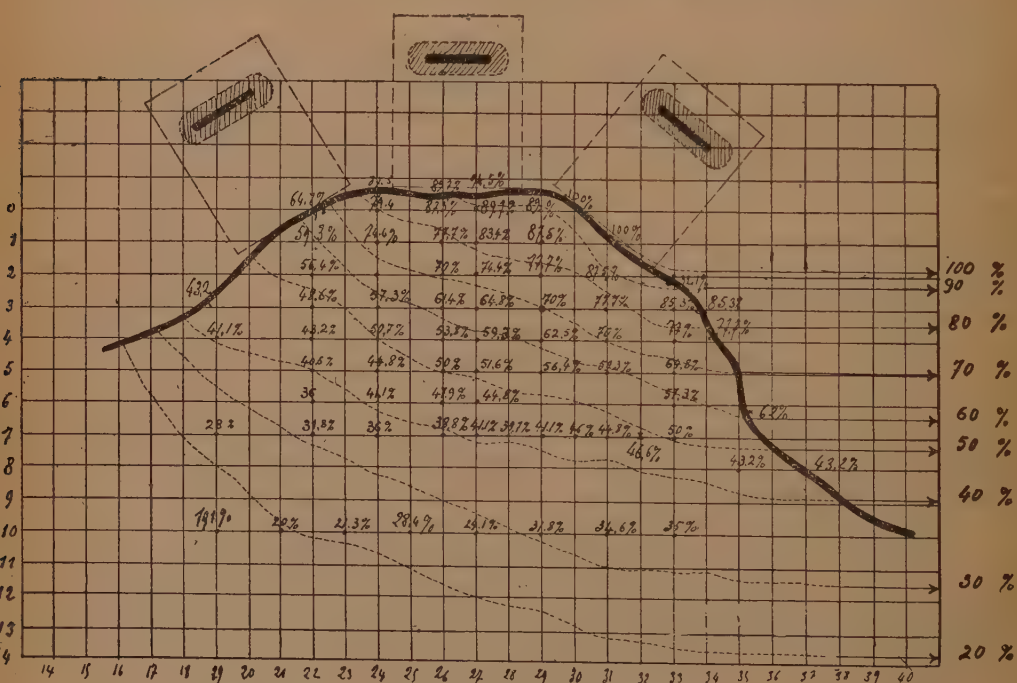


FIG. 10. — Appareil moulé, type ancien, en bois, avec blocnets porte-radium sans localisateurs. Mesures faites dans un plan passant par 3 des 12 blocnets. Image de la répartition mesurée à l'électromètre.

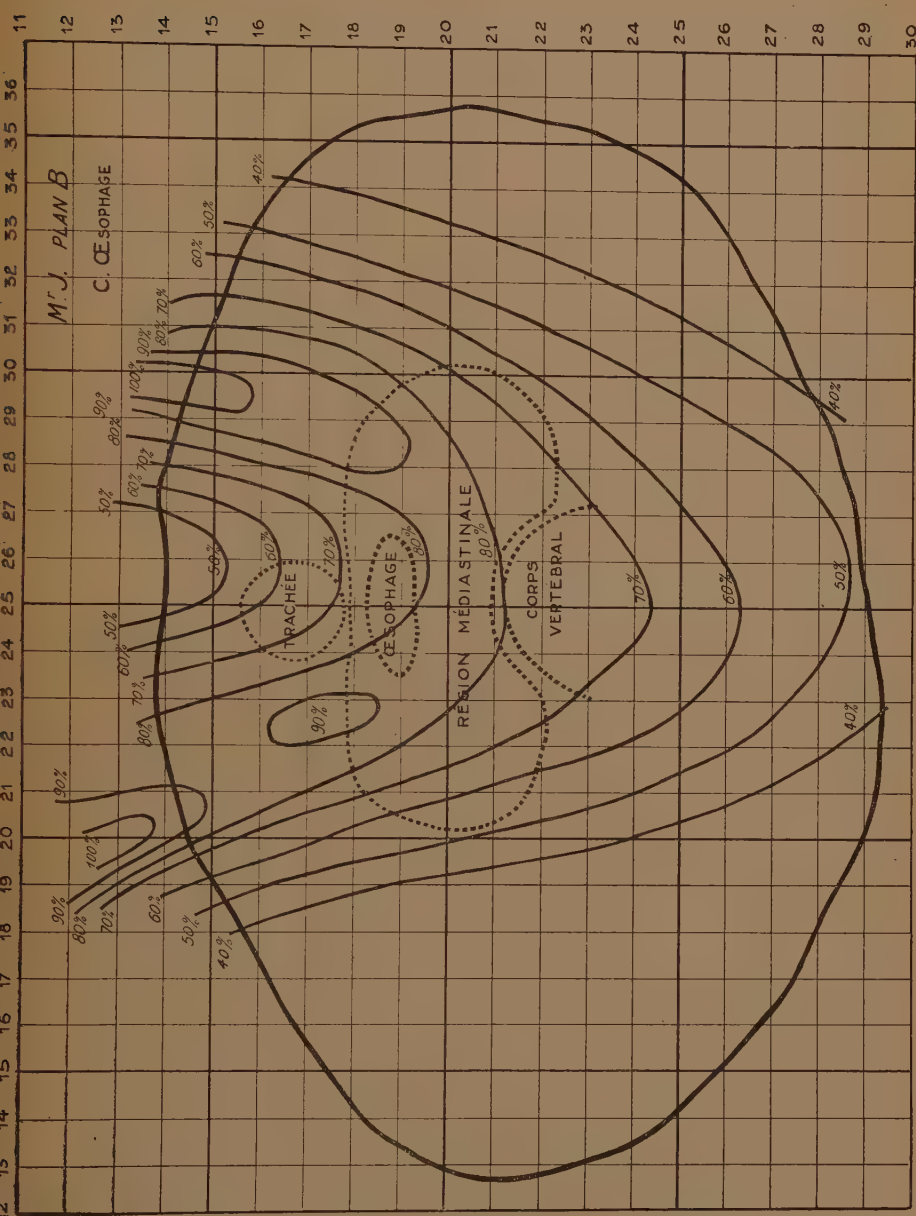


FIG. 11. — Cas de cancer de l'œsophage.

Coupe passant par l'union de l'œsophage thoracique et cervical. (Réduction aux deux tiers).

Répartition spatiale du rayonnement γ provenant d'un appareil à foyers multiples orientables.

Mesures faites à l'électromètre à fil au moyen de la chambre ionométrique à pression variable.

du sein irradié au moyen d'un appareil moulé sur lequel des tubes étaient placés à 4 cm. de distance de la peau sans localisation, l'autre montre la répartition dans un cas de cancer de l'œsophage avec irradiation par l'appareil à foyers multiples localisés et orientables.

CONCLUSIONS :

L'avenir de la gammathérapie est lié selon nous :

1° A la précision du diagnostic de localisation, d'étendue, et de nature du néoplasme, ce qui n'est réalisé que dans les centres où on travaille en groupe, c'est-à-dire où les spécialistes de chaque branche en contact journalier avec le curi-thérapeute éclairent celui-ci et précisent le diagnostic anatomique, histologique, etc.

2° A la réalisation de la répartition spatiale *homogène et suffisante* de la région envahie par les faisceaux de gamma *bien localisés et orientables*, c'est-à-dire à l'adaptation de la répartition spatiale de l'énergie radiante à *chaque cas en particulier*, et en évitant dans la mesure du possible l'irradiation inutile des tissus normaux voisins ou interposés.

3° A la précision des mesures de la répartition et de la dose.

Cura chirurgica dei tumori della fossa cranica posteriore

R. BASTIANELLI (Roma).

DIAGNOSI. — I progressi della diagnosi neurologica permettono la localizzazione generica di lesioni nella fossa cranica posteriore con maggiore accuratezza che nelle fosse sopratentoriali (esclusa l'opofisi).

La diagnosi di sede nelle varie parti del cervelletto o fuori posteriore con maggiore accuratezza che nelle fosse sopratentoriente localizzazione (esclusi i tumori dell'angolo pontocerebellare).

I tumori dell'acustico hanno una possibilità diagnostica quasi perfetta; e meno quelli dell'angolo pontocerebellare non dell'acustico. La ventricolografia e la puntura dei ventricoli con iniezione colorata secondo Dandy accresce assai la probabilità di diagnosi di lesione della fossa cranica posteriore, ma é mezzo delicato e pericoloso.

La diagnosi di natura della lesione è spesso incerta.

INDICAZIONI. — Per queste ragioni credo che l'indicazione all' intervento chirurgico sia data sufficientemente dalla diagnosi di lesione della fossa cranica posteriore in genere, e debba essere tanto più precoce quanto più i sintomi di pressione endocranica aumentata e la lesione della vista sono gravi o progredienti. Operazioni in coma o in grave stato possono essere seguite da successo e perciò non devono assolutamente rifiutarsi.

La precoce diagnosi permettendo un intervento quando lo sviluppo del tumore non è grande deve dare maggiore probabilità di successo, ma ciò non è stato ancora raggiunto.

OPERAZIONI RADICALI E PARZIALI.

L'intervento chirurgico è perciò in ogni caso esplorativo.

Trovata la lesione la condotta chirurgica deve essere adeguata alla possibilità di cura radicale, quindi non deve in ogni caso decidere la rimozione, nè se questa è decisa, deve

essere sempre completa. Occorre considerare separatamente la sede dei tumori.

I tumori cerebellari o intrinseci, cioè dei due emisferi o del verme, se circoscritti devono essere asportati completamente, se non bene circoscritti matali che una rimozione parziale di emisfero cerebellare sano è possibile, devono essere asportati. Se la loro diffusione supera i limiti di un emisfero o se del verme ed infiltranti (tipo i tumori denominati medulloblastomi da Cushing) devono essere lasciati.

Asportazioni parziali di tumori infiltranti sono pericolose ed espongono a rapido accrescimento successivo.

I gliomi cistici offrono le migliori condizioni e devono essere curati con la aspirazione del contenuto, con l'apertura della cavità e rimozione della parete per quanto è possibile, cauterizzando con formol o con liquido di Zenker la parte residua o la parete in toto. Non devono essere drenati.

Per i tumori del quarto ventricolo se delimitati (tumori plesso coroideo — colesteatomi — cisticerchi) si deve provare l'asportazione contentandosi anche se incompleta qualora rapporti anatomici e distribuzioni dei vasi sanguigni rendessero troppo pericolosa la rimozione totale.

Tumori delle eminenze quadrigemine sono stati asportati con successo.

Tumori del ponet devono essere lasciati senza alcun tentativo.

Per i tumori estracerebellari, quelli nati dalla dura (meningiomi), possono essere asportati completamente, salvo che abbiano preso rapporti con il midollo allungato nel quale caso si dovrà preferire l'asportazione incompleta, se i rapporti anatomici rendessero pericolosa un'asportazione totale. Così per i colesteatomi.

I tumori dell'acustico, essendo ben limitati, teoricamente offrono le migliori condizioni per una rimozione totale, ma l'esperienza ha insegnato che a questa seguono gravi fatti immediati a carico dei centri bulbari e perciò preferita dal più l'asportazione intracapsulare secondo Cushing più o meno completa.

L'esperienza recente di Dandy di asportazione completa con 5 guarizioni su 5 casi incoraggia a tale procedimento, ma

deve essere confermata. Essa da maggiore rischio di lesione permanente del facciale.

I tuberculomi non devono essere asportati perchè la meningite tubercolare segue l'operazione a breve scadenza.

Le raccolte di liquido cerebrospinale circoscritte (aracnoite - meningite sierose cistica), o diffuse meningite sierosa cronica, si guariscono quasi senza eccezione coll'apertura della raccolta, e della cisterna cerebellomidollare.

OPERAZIONI RIPETUTE. — E' possibile in alcuni casi uno o più interventi ulteriori riuscendo così a prolungare la vita per molti anni. (Casi di Cushing glioma cavitario operato cinque volte in 12 anni).

OPERAZIONI PALLIATIVE. — L'esplorazione cerebellare diventa per necessità di cose assai frequentemente operazione palliativa, sia perchè il tumore fù parzialmente asportato, o trovato ma non asportato, o non trovato.

Le statistiche dimostrano che tali operazioni possono essere molto gravi ma anche dare insperati successi sia di lungo miglioramento sia di guarigione apparentemente definitiva (diagnosi errata).

La decompressione suboccipitale senza esplorazione cerebellare, è atto grave e non deve essere consigliata come metodo generale per diminuire la pressione endocranica sebbene abbia in alcuni casi dato favorevole risultato.

L'apertura della membrana occipito-atlantoidea, a finestra, pare possa giovare palliativamente, poichè asportata la membrana, secondo esperienze su animali, l'aumento di pressione endocranica non è fatale come quando la membrana è chiusa.

Decompressione sulla volta cranica o subtemporale per lesioni subtentoriali non deve essere eseguita.

La puntura del sorpo calloso è assai incerta in genere per la possibilità di chiusura dell'apertura fatta, e in specie non utile.

TECNICA. — Una operazione di esplorazione cerebellare deve essere seguita con tutti i mezzi più perfetti relativamente alla posizione del malato, alla anestesia, alla possibilità di trasfu-

sione di sangue, di respirazione artificiale, e perciò non deve essere affidata che a individui specializzati.

L'anestesia di scelta é quella locale sebbene l'anestesia generale con etere eseguita da persone specializzate possa essere protatta anche per ore senza danno. Non pare che l'insufflazione intratracheale sia preferibile.

La posizione da dare al malato é quella prona, col capo su apposito sostegno fuori del tavolo, e in condizioni tali da potere eseguire bene la respirazione artificiale senza spostamenti. Anche la posizione seduta col capo appoggiato in avanti sopra un guanciale é raccomandabile nei casi adatti.

In ogni caso debesi poter rapidamente senza scosse inclinare il capo del malato in basso se insorgono sintomi di arresto del respiro.

La esplorazione cerebellare deve essere preceduta dalla diminuzione artificiale della pressione endocranica mediante puntura del ventricolo laterale, corno posteriore, attraverso, foro separato di trapanazione.

Le infusioni intravenose di soluzioni ipertoniche, specialmente quelle di glucosio, giovano assai a diminuire la parte liquida contenuta nella massa cerebrale.

L'operazione può essere eseguita in due tempi o in uno, e questo é il metodo che ha più favore poiché il primo tempo già da solo dà grande mortalità. Il metodo osteoplastico non é consigliabile.

La scoperta bilaterale degli emisferi deve essere la regola; ma se la localizzazione di lato della lesione é sicura e non esiste grave aumento della pressione endocranica, può essere anche unilaterale. L'incisione preferibile é quella a balestra di Cushing. La rimozione dell'osso deve comprendere il contorno del forame magno e se occorre, quello dell'arco posteriore dell'atlante sola garanzia contro l'incuneamento del tronco cerebrale.

Per i tumori dell'acustico l'asportazione dell'osso più lateralizzata comprendente la mastoide e la rocca, secondo Borchardt, non sembra debba essere consigliata come regola, e l'operazione secondo Panse non deve essere eseguita. Ambedue le strade hanno dato risultato favorevole ma l'operazione è più difficile, e nella seconda lo spazio è limitato.

L'apertura della dura madre può essere unilaterale e se occorre anche bilaterale legando il seno; non è necessario che sia bilaterale in ogni caso, però lo spostamento del cervello ne è facilitato.

L'esplorazione cerebellare consiste, secondo i casi, nell'ispezione e palpazione e puntura esplorativa, nel divaricare i due lobi cerebellari, e nell'ispezione del recesso e della superficie inferiore della fossa cranica, sollevando e spostando uno degli emisferi. Trovato il tumore si seguiranno le regole stabilite sopra, evitando ogni manovra brusca, e specialmente guardandosi dall'eseguire un'enucleazione col dito, che provoca spostamento del bulbo e lacerazioni con emorragia, quasi sempre fatali.

La rimozione del tumore deve essere perciò sotto il controllo della vista cercando con mezzi adeguati di eseguire l'emoctomia di ogni vasellino prima di sezionarlo: ciò vuol dire che è necessario in molti casi asportare il tumore a pezzi talora contentarsi di lasciarne una parte, e solo in casi favorevoli asportarne anche la capsula come è possibile per i tumori dell'acustico.

L'emorragia deve essere frenata completamente prima di chiudere la dura, e si deve evitare drenaggi e tamponi, e ad ogni costo cercare di avere una chiusura della ferita per prima intenzione. La plastica della dura con lembo di fascia può essere seguita ma non è necessaria.

STATISTICA. — Compito difficile è presentare statisticamente le possibilità di operazione chirurgica, di guarigione e di miglioramento, mentre è facile calcolare le possibilità di guarigione operatoria.

Statistiche compilate sommando i casi sparsi nelle pubblicazioni di tutto il mondo non hanno valore: solo quelle globali di cliniche che dispongono di un numero sufficiente di casi osservati per lunghi periodi possono contribuire a risolvere le varie questioni: le prime e le seconde sono poste di fronte nella parte seconda del testo a scopo di studio.

STATISTICA globale delle lesioni della fossa cranica posteriore. — Distinguiamo l'operabilità in genere sul totale dei

casi osservati e troviamo che si aggira sul 40-50 %; ma poche statistiche permettono tale calcolo.

La possibilità di asportazione completa o parziale sul numero totale dei casi sottoposti alla cura chirurgica è del 40-50 % includendo ogni specie di lesione in qualsiasi sede della fossa cranica posteriore. Se separiamo i tumori intrinseci del cervelletto da quelli extra cerebellari troviamo tra i primi la possibilità di asportazione variare dal 15 al 25 %, per i secondi dal 50 al 70 e 82 %.

La guarigione definitiva cioè sopra i 3 varia dal 5 al 10 %.

STATISTICA SPECIALE. — Ora dobbiamo considerare le possibilità di operazione più o meno radicale e di guarigione a seconda della sede e della natura del male.

Anche qui possiamo eseguire il calcolo sul totale dei tumori trovati o no ma verificati ed avere una cifra globale, ovvero solo su quelli trovati ed avere una cifra relativa: ma questo calcolo non mi pare abbia valore poichè i tumori trovati sono quelli che più facilmente si prestano all'asportazione.

Per la prima cifra globale posso dire che la percentuale è del 40-50 %; per la seconda varia secondo operatori in modo che non posso dare una cifra approssimativa poichè alcuni li hanno asportati fino al 50-80 %, e più, altri solo nella metà dei casi circa. I risultati definitivi si aggirano sul 5-10 %.

I gliomi cavitari e le cisti gliomatose sono trovate e operate in misura elevata dal 70-80 % e più con guarigioni definitive sopra i 3 anni anche del 30 è più per 100 e sopra i 5-10 anni anche del 9-10 %.

I tumori dell'acustico formano una categoria a parte poichè è raro che non siano trovati e che l'apportazione non sia almeno parzialmente possibile. Sicchè si ha una operabilità fino all'80 %.

Ma la guarigione definitiva è ancora incerta al punto che Dandy nell'agosto scorso asseriva che forse per due soli casi si possa ritenere sicura. Le lesioni permanenti del faciale a talora del V sono quasi inevitabili.

MIGLIORAMENTI. — Se le percentuali di definitiva guarigione sono così basse, dobbiamo registrare miglioramenti notevoli

che possono durare vari anni e si aggirano sulla cifra del 15-25 %.

MORTALITÀ operatoria nelle operazioni radicali o parziali. — Per i tumori del cervelletto si aggira dal 50-al 65 %; per quelli dell'acustico tra 70-80 % e più. Eccezione formano i risultati di Cushing che variano dall'11,1 al 35,4 % nelle varie serie. E' da osservare che le estirpazioni furono quasi di regola parziali. Dandy ha una mortalità globale del 45 %, ma negli ultimi 5 casi operati con la nuova tecnica di asportazione totale ebbe 5 guarigioni.

MORTALITÀ operatoria nelle decompressioni ed esplorazioni. — E' la più grave e varia dal 40 all'80 % salvo i risultati di Cushing.

La decompressione per i tumori dell'acustico non dà risultati e non deve essere eseguita deliberatamente. Gli sforzi del chirurgo devono tendere all'operazione radicale e le lesioni della fossa posteriore sono quelle che per natura e per limitazione presentano le migliori possibilità per un simile intervento. E' questione di precoce diagnosi e di tecnica accurata, e nell'avvenire si dimostrerà con certezza che la mortalità operatoria potrà essere ridotta al 15-20 % e che le guarigioni durature saranno paragonabili per numero e per valore a quelle che si ottengono per tumori di altri organi.

Le voyage d'études du Congrès aux Universités italiennes.

Dans le double but de donner aux membres de la Société venus de toutes les parties du monde l'occasion de mieux se connaître et d'autre part de leur permettre d'apprécier les maîtres de la chirurgie italienne en même temps que la perfection des installations chirurgicales modernes des célèbres Universités de l'Italie, le Comité avait organisé un voyage circulaire qui avait réuni plus de 100 adhérents.

Joignant l'utile à l'agréable, nos collègues italiens, avec un dévouement et une affabilité dont la Société Internationale de Chirurgie leur restera profondément reconnaissante, nous ont fait admirer les merveilles artistiques de leur admirable pays en même temps qu'ils nous donnaient l'occasion d'apprécier le haut développement technique de leurs services chirurgicaux. Un temps splendide favorisant l'organisation touristique, en tous points réussie, confiée à MM. Thos. Cook & Son, nous permit de visiter dans le temps malheureusement un peu court dont nous disposions tour à tour Milan, Venise, Bologne, Padoue, Florence avant d'arriver à Rome où se tenait le Congrès.

En adressant encore ici nos plus vifs remerciements à nos collègues italiens nous nous bornerons à résumer brièvement les programmes chirurgicaux remarquables qu'ils avaient élaborés à notre intention.

I. — Milan, 31 mars 1926.

OSPEDALE MAGGIORE.

Professeur BALDO ROSSI : 1. splénectomie ; 2. fracture du fémur ; 3. résection gastrique pour ulcère médio-gastrique ; 4. cholécystectomie ; 5. cancer du cæcum (technique et asepsie impeccable, salle d'opération et auditoire modèles).

Professeur BAGGOZZI : 1. cure de hernie ; 2. néphrectomie pour lithiase ; 3. résection de l'estomac.

II. — Venise, 1 et 2 avril.

OSPEDALE CIVILE.

Professeur GIORDANO : 1. appendicectomie, gastro-entérostomie, néphropexie et cholécystectomie pour splachnopathie ; 2. appendicectomie et cure de hernie inguinale droite ; 3. cancer de l'amygdale ; 4. balle dans le cou ; 5. appendicectomie (virtuosité remarquable).

Professeur DELITALA : 1. arthrodèse et ténodèse pour pied ballant ; 2. arthroplastie pour ankylose blennorragique du genou ; 3. appareil simplifié pour transfusion sanguine de Protti.

III. — Padoue, 3 avril.

Professeur DONATI : 1. splénectomie pour rate malarique ; 2. cholécystectomie pour cholélithiase ; 3. laminectomie pour fracture de la 5^e lombaire ; 4. cholécystectomie pour calcul du cystique avec péritonisation sans drainage ; 5. néphrectomie pour calcul rénal. Grâce à une organisation parfaite et à une dextérité remarquable le programme aussi électique qu'intéressant fut achevé avec brio en moins de trois heures.

IV. - Bologne, 4 avril.

Le Professeur PUTTI avec une affabilité exquise nous fit les honneurs du somptueux Institut RIZZOLI et nous fit parcourir les amphithéâtres célèbres de la vieille Université.

La bibliothèque Umberto de l'Institut Rizzoli se trouve dans les salles qui furent occupées par la bibliothèque du couvent de « San Michele in Bosco ».

Humanistes et fastueux, les Olivétains, qui eurent pendant des siècles la direction du Couvent et le défendirent contre l'avidité rapace des condotières et les menaces des factions de la ville, voulurent qu'il fût en outre un lieu de méditation et de prière, un foyer hospitalier et agréable pour les princes et les pages qui voyageaient dans le pays et aimaient s'arrêter à Bologne. Le couvent, pour le respect de sa renommée et l'agrément de ses hôtes devait avoir une bibliothèque que les moines créèrent bientôt dans quelques salles silencieuses, à l'écart dans le grand bâtiment en face des collines boisées qui entourent la ville. Un artiste de grand talent et de grande réputation Amico Aspertini, élève et collaborateur du Francia, en décora les murs.

Mais l'œuvre d'Aspertini parut peut-être trop froide et ascétique aux moines qui dirigèrent au siècle suivant les destinées du couvent, imbus comme ils étaient de l'esprit fastueux de l'époque si bien qu'à l'occasion d'un agrandissement des locaux les peintures d'Asperini furent détruites. Le goût pompeux du XVII^e siècle qui avait suivi la fortune de l'école des Caræte voulait ses victimes dont la moindre ne fut pas celle de « San Michele in Bosco ».

Vers la fin du seizième siècle le R. Taddeo Pepoli, de la grande famille qui avait donné à Bologne des soldats et des administrateurs, alors prier du couvent, voulut laisser un souvenir impérissable de son gouvernement en agrandissant et en décorant le sanctuaire de l'étude. Il acheta des meubles, des livres, fit décorer les murs, les voûtes par Domenico Maria Canuti, qui avait fait ses preuves dans diverses églises de Bologne, de Rome et de Mantoue. Il lui donna comme collaborateur un Suisse, Henri Kaffner, connu pour la décoration du Palais Rouge, à Gênes.

Canuti et Kaffner recouvrirent les voûtes et les trumeaux des trois salles par de grandes fresques où ils voulurent symboliser, à l'aide de la mythologie et des écritures, les vertus et les connaissances acquises par l'étude. Canuti fit le projet et la figuration, Kaffner la partie architectonique, les fresques en clair obscur et la partie décorative.

L'œuvre très appréciée à l'époque, reste encore aujourd'hui une des plus caractéristiques de la peinture bolonaise du XVII^e siècle ; malheureusement c'est le seul souvenir de la splendeur et de la richesse de la vieille bibliothèque. Les sièges en noyer massif, les collections de livres précieux, les coraux, les antiphonaires, les exemplaires rares d'instruments mathématiques et astronomiques, les œuvres d'art de grandes valeurs que les chroniques relatent et que nous trouvons encore énumérés dans les inventaires des archives olivétaines, ont disparu pour toujours ou ont changé de résidence. Manuscrits avec miniatures de grande valeur artistique et historique sont aujourd'hui dans la bibliothèque d'Este à Modène ; quelques livres, dont des incunables ont émigré à l'Université de Bologne ; un bronze magnifique d'Alexandre Algardi se trouve au musée civil de Bologne.

Seule la grande et précieuse sphère exécutée en 1762 par l'Olivétain Rosini de Lendinara, et qui orna pendant plus d'un siècle la salle solennelle de l'Université, a été restituée à son antique demeure.

A la suppression des ordres monastiques, les Olivétains abandonnèrent pour toujours leur beau couvent, qui après beaucoup d'avatars devint vers la moitié du siècle passé la résidence du Cardinal Légat. Les salles de la bibliothèque, dépouillées de leur ornementation originale et meublées à la hâte servirent aux réceptions diplomatiques et ensuite, après la fin du Gouvernement pontifical, « San Michele in Bosco », devenu Villa Royale et ensuite bien dominical n'eut plus aucune destination spéciale.

Le couvent devint la propriété de la province de Bologne et transformé à la suite du legs Rizzoli en Institut orthopédique. Les salles de l'ancienne bibliothèque, utilisées depuis quelques années donnèrent asile au Musée des pièces anatomiques et à la collection des modelages des déformations.

Mais entretemps l'Institut Rizzoli, par une donation de la province de Bologne constituait le premier noyau de sa bibliothèque scientifique qui fut nommée Umberto I. La collection, encore modeste, fut rangée dans une salle du rez de chaussée, jusqu'à ce que les augmentations successives ainsi que celles des collections Rizzoli et Codivilla, nécessitèrent un local plus vaste.

On pensa alors à restituer à leur ancienne destination les grandes salles de la bibliothèque Olivétaine. L'œuvre était d'importance. Le musée étant transféré ailleurs il ne restait aucun meuble utilisable ; il fallut construire les sièges, les tables, les étagères ; il fallait l'éclairage, le chauffage. La grande fresque de Canuti resplendissante encore de ses plus belles couleurs exigeait une décoration digne d'elle.

Cette initiative fut accueillie avec un tel enthousiasme par le Conseil d'Administration de l'Institut, présidé alors par l'avocat Guilio Zanardi, qu'en moins d'un an la partie principale des travaux dirigés par l'ingénieur Roselli était terminée.

Etant donné le développement relativement restreint de la bibliothèque on pensa de n'occuper d'abord que les deux premières salles dont les murs au-dessous des fresques furent revêtus de lambris en noyer exécutés en style sobre du XVII^e siècles par le Cav. A. Pesaroli. Pendant la nettoyage des murs, on découvrit dans les ébrasements des fenêtres de la grande salle deux grandes figures en clair obscur représentant la prudence et la renommée, qui depuis longtemps étaient recouvertes d'un épais badigeon et on découvrit deux fenêtres latérales, fermées autrefois, on ne sait pourquoi, et aujourd'hui restaurées dans leur style primitif ajoutant de l'air et de lumière à la grande salle. Au milieu de celle-ci on a replacé la belle mappemonde du P. Rosini et aux deux extrémités on a installé deux grandes tables en noyer du XVII^e siècle.

La première salle, destinée aux périodiques, contient le catalogue et en même temps le bureau de l'employé de la bibliothèque.

La grande salle où sont rangés les volumes, les brochures

et les collections de périodiques anciens, sert de salle de lecture.

La troisième salle que Canuti orna dans les médaillons des figures symboliques des vertus cardinales est réservée aux raretés. On y conserve les manuscrits, les documents personnels, les insignes, la belle collection d'instruments chirurgicaux de François Rizzoli, ainsi que ses livres d'histoire, de littérature et de politique. Alexandre Codivilla y est rappelé par les manuscrits, les instruments chirurgicaux inventés par lui, don gracieux de sa veuve Madame Emile Parretti Codivilla.

Comme nous l'avons dit, la bibliothèque a été formée par une donation de la province à laquelle s'ajoutèrent les collections Rizzoli et Codivilla.

Parmi les volumes de Rizzoli figure l'incalculable recueil des actes de l'Académie des Sciences de l'Institut de Bologne qui a été complétée en y ajoutant les volumes parus depuis 1880, grâce à l'aimable intervention du regretté président de l'Académie, le Professeur Guiseppe Ruggi. Les livres et les brochures du Prof. Codivilla furent donnés par sa veuve.

La bibliothèque Umberto I compte aujourd'hui 4800 volumes et 4600 brochures. En outre 102 périodiques : 50 italiens, 16 allemands, 14 anglais, 13 français, 4 espagnols, 2 suédois, 1 belge.

Le classement fut dirigé par M. E. Gualandi, de la bibliothèque Universitaire de Bologne. On a adopté le rangement par format au point de vue de l'économie de place. Les brochures sont réunies dans des cartons. Le catalogue à fiches fixes de type de Maderini est double : auteurs et matières. Les matières subdivisées en 35 catégories principales et 179 secondaires. La bibliothèque est dotée d'un registre des entrées, d'un index topographique, d'un livre de prêts et de formules en quatre langues pour la demande des ouvrages. Ouverte tous les jours au public médical, un bibliothécaire a la responsabilité de sa surveillance.

*
**

Dans les hôpitaux et dans les cliniques, malgré le jour de fête, les chirurgiens avaient organisé de très intéressantes ma-

tinées opératoires : Le professeur Schiassi nous fit, suivant sa technique spéciale, deux énervations de l'estomac pour ulcère, une cure de varices et une trépanation. Le professeur Gamberini pratiqua une gastro-entérostomie, une cure de hernie et une néphrectomie. Le professeur Negrisoli nous démontra une cholécystectomie, une néphrectomie et une résection pylorique.

Durant la semaine du Congrès, de nombreuses opérations chirurgicales furent exécutées avec une rare « *mæstria* » par nos collègues de Rome qui nous donnèrent avec une bonne grâce inépuisable les explications les plus circonstanciées sur leurs méthodes spéciales.

Je ne saurais terminer cette brève relation sans mentionner encore l'éclat des festins et des fêtes auxquelles nous fûmes conviés à Padoue et à Rome ; le banquet et la soirée offerts par le Professeur Giordano, le concert et le thé offerts à la villa d'Este par la Société italienne d'Histoire de la Médecine et l'Institut Médicopharmacologique Sersono, le banquet de clôture de 500 couverts offert par nos collègues italiens furent des fêtes inoubliables.

Durant le séjour à Rome des visites, parfaitement organisées avaient été arrangées pour les femmes des Congressistes par un Comité de Dames dont les mille prévenances furent au-dessus de tout éloge ; je prie Mesdames Giordano, Alesandri, Bastianelli, Chasserini, Dalla Vedova, De Fabis, Margarucci, Pestalozza, Mesdemoiselles Ascoli et Chiasserini de trouver l'assurance de toute notre reconnaissance.

L'audience spéciale à laquelle SS. Pie XI convia 125 congressistes le dimanche matin au Palais du Vatican laissera aussi à tous une profonde impression.

Espérant pouvoir organiser à l'occasion du Congrès de 1929, un voyage d'études dans les pays du Nord, je crois utile de citer les noms de nos collègues qui prirent part à tout le voyage circulaire en Italie. Je forme le vœu de les voir assister également au voyage qui précédera le Congrès de Varsovie : F. Albert (Liège), Lambotte (Esneux), Mayer (Bruxelles), Sebrechts (Bruges), Thoumsin (Anvers), Armstrong (Montréal), Reinsholm (Svendborg), Abdul Hamed (Kalioub), Anderson (Aberdeen), Edington (Glasgow), Forsdike (Lon-

dres), Fraser (Edinbourg), W. Martin (Penarth), O'Malley (Londres), Pybus (Newcastle), Roberts (Londres), Compan (Barcelone), Corachan (Barcelone), Cortes Llado (Séville), Lozano (Saragosse), Ramsdell (New-York), Wood (Philadelphie), Dehelly (Le Havre), Froëlich (Nancy), Hartmann (Paris), Jeanneney (Bordeaux) Michel (Nancy), Michon (Paris), Robineau (Paris), Rocher (Bordeaux), Simon (Strasbourg), Gill (Dublin), O'Malley (Galway), Stoney (Dublin), Taylor (Dublin), Mathiasson (Akurery), Miyake (Kyushu), Beuckers (Tilburg), Boevé (Rotterdam), Kuijër (La Haye), Schoemacker (La Haye), Goldstein (Varsovie), Spilman (Varsovie), Witkouski (Varsovie), Zawadzki (Varsovie), Coelho (Lisbonne), de Souza (Lisbonne), dos Santos (Lisbonne), Krassintzeff (Moscou), Plotkin (Krasnodar), Bergström (Ljungby), Kaijer (Harnösand), Henschen (St-Gall), Santrucek (Prérov, Tchéco-Slovaquie).

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

DU DEUXIÈME VOLUME

Statuts de la Société Internationale de Chirurgie	5
International Society of Surgery Statutes	8
Satzungen der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie	11
Statuto della Società Internazionale di Chirurgia	14
Estatutos de la Sociedad Internacional de Cirurgia	17
Bureau du septième Congrès	20
Bureau du huitième Congrès	20
Présidents d'honneur du septième Congrès	21
Comité international 1926-1929	21
Liste des membres décédés de 1923 à 1926	23
Délégués et membres des Comités nationaux pour 1926-1929...	25
Liste des membres	28
Notices nécrologiques concernant les membres de la Société décédés de 1923 à 1926	75
Séance inaugurale	129
Première séance scientifique : Curiothérapie du cancer utérin ...	150
Deuxième séance scientifique : Thérapeutique des tumeurs céré- brales	263
Troisième séance scientifique : De l'épilepsie Jacksonnienne ...	310
Assemblée générale : Rapports du Docteur MAYER et du Doc- teur J. LORTHIOIR	362
Quatrième séance scientifique : Chirurgie de la rate	375
Cinquième séance scientifique : Traitement des abcès du foie ...	461
Annexe 1 : Méthode de mesure en gammathérapie, par le Docteur SLUYS	509
Annexe 2 : Cura chirurgica dei tumori della tassa cranica posteriore, R. BASTIANELLI	523
Le voyage d'études du Congrès aux Universités italiennes ...	531

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Abcès du foie (CASTIGLIOLA)	464
Affections malignes (Le sang dans les —). (VANA)	253
Assemblée générale	364
Attentat	149
 Bureau du septième Congrès	20
Bureau du huitième Congrès	20
Bureau (Election du —)	372
 Cancro (Curiterapia dei — del collo uterino e dei canale cervi- cale). (V. ARTOM DI SANT AGNES)	167
Cancer du col utérin (Curiethérapie du —). (J.-L. FAURE)	197
Cancer du col utérin (Curiethérapie du —). (R. PROUST)	205
Cancer du col de l'utérus (Curiethérapie dans le —). (DE FOUR- MESTRAUX)	213
Caner du col de l'utérus (Curiethérapie dans le —). R. MONOD	222
Cancro (Risultati e considerazione sulla curieterapia del — dell'utero). (D ^r ODESCALCHI)	231
Cancer (Curiethérapie du — de l'utérus). (Dobrovol'skaia ZAVADSKAIA)	241
Cancer utérin (Curiethérapie du —). (D ^r ARNAUD)	242
Cancer du col utérin (note renseignant les résultats du trai- tement curiethérapique des — traités du 15 septembre 1922 au 31 mars 1926). (D ^{rs} DELPORTE et CAHEN)	254
Cancer utérin (Curiethérapie du —). (D ^r REGAUD)	248
Carcinoma (The treatment of inoperable — of the cervix uteri with radium). (D ^r DONALDSON).	154
Cerebral tumours (The treatment of —). (YOUNG)	266
Cerebral tumour (The treatment of —). (SOUTTART)	281
Chirurgia cerebrale (D ^r SCHIASSI)	303
Comité international 1926-1929	21
Conseil (Election du — scientifique)	372
 Délégués et membres des Comités nationaux pour 1926 et 1929	25
Discorso pronunciato da S. E. il Governatore di Roma	130
Discorso di S. E. il Capo del Governo	131

Discours du Professeur WILLEMS	133
Discurso del Prof. MAYER	141
Discurso del Presidente Prof. GIORDANO	143
 Epatico (Sull'abcesso — abcessi con calcalosi in lobo epatico aberranti). (D ^r GIORDANO)	462
Epatico (Contribution clinico alla studio dell'abcesso —). (D ^r LUXARDO)	470
Epilessia Jacksoniana (Sulla cura dell' —). (R. ALESSANDRI)	310
Epilessia Jacksoniana (ANZILOTTI)	312
Epilepsie traumatique (D ^r DE QUERVAIN)	321
Epilessia postraumatica (Sui risultati lontani dell' —) (D ^r GAMBERINI)	326
Epilessia Jacksoniana (Sulla —). (D ^r SOLARO)	330
Epilepsie Jacksonienne (M. CORACHAN)	331
Epilepsie Jacksonienne (Il ne faut pas être trop pessimiste dans l'appréciation des résultats éloignés de la trépanation pour —). (L. MAYER)	358
Epithéliomas inopérables (Résultats du traitement radium-chirurgical transabdominal des — du col utérin). D ^{rs} DELPORTE et CAHEN)	216
Estatutos de la Sociedad internacional de Cirugía	16
 Gammathérapie (Emploi d'un appareil à foyers multiples et orientables et d'une méthode de mesure en — profonde). (D ^r SLUYS)	509
Gliomes cérébraux (Traitement chirurgical des —). (D ^r DESGOTTES)	307
 Jackson'schen Epilepsie (Ueber die Dauerresultat der operativen Behandlung bei der sogenannten Uebergangsform zur —). (Prof. H. MYAKE)	315
Jacksonian Epilepsy (Results of the treatment of —). (YOUNG)	319
Jacksonian Epilepsy (Discussion on —). (JEFFERSON)	323
 Liver (Tropical abcess of the —). (EDINGTON)	469
 Membres décédés (liste des — de 1923 à 1926)	23
Membres (liste des —)	28
Milza (Sulla chirurgica della —). (R. ALESSANDRI)	375

Milza (Chirurgica della —. Un caso de Splenectomia per tuberculosi). (D ^r GIORDANO).....	381
Milza (Chirurgia della —). D ^r SILVESTRINI)	406
Nécrologiques (Notices — concernant les membres de la société décédés de 1923 à 1926)	75
Présidents d'honneur du septième Congrès	21
Président (Election du — au huitième Congrès)	372
Programme du septième Congrès	125
Puntura (La — esploratrice). Latis BEY)	461
Questions (Choix de — à mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès)	372
Radiothérapie splénique (D ^r JURASZ)	426
Rapport du Secrétaire général	362
Rapport du Trésorier général	365
Rate (Chirurgie de la —). (ZAWADSKI)	401
Rate (Chirurgie de la —). (TANSINI)	403
Rate (Chirurgie de la —). (KUMMER)	412
Rate (Chirurgie de la —). (TROELL)	458
Rate (Kystes hydatiques de la —). (FROELICH)	403
Réponse à M. Regaud par le D ^r SLUYS	261
Réponse du D ^r Leriche	360
Rupture de la rate (D ^r HERMAN)	460
Satzungen der Internationalen Gesellschaft fur chirurgie	11
Séance inaugurale	129
Séance (Première — scientifique : Curiethérapie du cancer utérin)	150
Séance (Seconde — scientifique : Thérapeutique des tumeurs cérébrales)	263
Séance (Troisième — scientifique : De l'épilepsie Jacksonienne)	310
Séance (Quatrième — scientifique : Chirurgie de la rate)	374
Séance (Cinquième — scientifique : Traitement des abcès du Foie)	461
Siège du Congrès de 1929	371
Spleen (The surgery of the —). (BEER)	379
Spleen (The surgery of the). (SHERRY)	396

Splenectomie dans un cas de kyste non parasitaire. Accouchement normal trois ans après l'intervention (D ^r JENTZER)	386
Splénectomie (Quelques indications nouvelles de la —). (D ^r MOURE)	407
Splénectomie (Quelques indications nouvelles de la —). (D ^r LYONNET)	407
Splénectomie (Indications nouvelles de la —). (SCHOEMAKER)	410
Splenomegalia (Su di una forma particolare di « splenomegalia linfatica » trattata con la splenectomia). (M. DONATI)	422
Splénectomie (Quelques remarques sur la —). (D ^r CAPLESCO)	427
Splénectomie (Quelques cas de —). (D ^r LEONTE)	431
Splénectomie et hématologie chez les enfants (DE SOUZA)	432
Splénectomie (D ^r LORTHIOIR)	459
Splénectomie (D ^r MATTOS)	460
Splenomegalies (D ^r PETRIDIS)	459
Statuts de la Société internationale de Chirurgie	5
Statutes of the International Society of Surgery	8
Statuto della Società Internazionale di Chirurgia	14
Statuts (Modifications aux —)	371
Trépanations (Quelques réflexions sur l'avantage de l'ouverture de la dure-mère au cours de — décompressives). (Prof. JIRASEK)	282
Tumeurs de l'encéphale (Contribution à l'étude du traitement des — par la radiothérapie profonde « 29 » cas). BREMER, COPPEZ et SLUYS)	247
Tumori cerebrali (Sulla cura dei —). (D ^r DONATI)	264
Tumeurs cérébrales (Traitement des —). (V. MAGNUS)	274
Tumeurs cérébrales (Traitement des —). (F. DE QUERVAIN)	280
Tumeurs cérébrales (Traitement des). (A. JENTZER)	305
Tumori cerebrali (Terapia dei —). (D ^r SOLARO)	278
Tumeurs cérébrales (Thérapeutique des —). (P. MARTIN)	287
Tumeurs cérébrales (La radiothérapie profonde associée à la chirurgie dans la thérapeutique des —). (L. LARUELLE)	289
Tumores cerebrales (D ^r M.-R. SAN RICART)	309
Tumori (Cura chirurgica dei — della tossa cranica posteriore). (R. BASTIANELLI)	523
Voyage d'études du Congrès aux Universités italiennes	531

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS

ALESSANDRI (Roma) : Sulla cura dell' epilessia Jacksoniana ...	310
ALESSANDRI (Roma) : Sulla chirurgia della Milza	375
ANZILOTTI (Livorno) : Epilessia Jacksoniana	310
ARNAUD (Saint-Etienne) : Curiethérapie du cancer utérin	242
ARTOM DE SANT'AGNESE : Curieterapia del cancro del collo uterini dei canale cervicale	167
BASTIANELLI (Roma) : Cura chirurgica dei tumori della tossa cranica posteriore	523
BEER (New-York) : The surgery of the spleen	379
BEGOUIN (Bordeaux) : Curiethérapie du cancer du col utérin	196
BEUTTNER (Genève) : Curiethérapie du cancer utérin	151
BREMER (Bruxelles) : Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de l'encéphale par la radiothérapie profonde (29 cas)	247
CAHEN (Bruxelles) : Curiethérapie du cancer utérin	216
CAHEN (Bruxelles) : Note renseignant les résultats du traitement curiethérapique des cancers du col utérin, traités du 15 septembre 1922 au 31 mars 1926	254
CAPLESCO (Bucarest) : Quelques remarques sur la splénectomie	427
CAPO DEL GOVERNO : Discours à la séance inaugurale	131
CASTIGLIOLA (Venezia) : Abscess du foie	464
CHEVAL (Bruxelles) : Curiethérapie profonde à distance	200
COPPEZ (Bruxelles) : Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de l'encéphale par la radiothérapie profonde (29 cas)	247
CORACHAN (Barcelone) : Epilepsie Jacksonienne)	331
DE FOURMESTRAUX (Chartres) : Curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus	213
DELPORTE (Bruxelles) : Résultats du traitement radium-chirurgical transabdominal des épithéliomas inopérables du col utérin	216

DELPORTE (Bruxelles) : Note renseignant les résultats du traitement curiethérapique des cancers du col utérin, traités du 15 septembre 1922 au 31 mars 1926	254
DE MATTOS (Coimbre) : Splénectomie	460
DE QUERVAIN (Berne) : Traitement des tumeurs cérébrales ...	281
DE QUERVAIN (Berne) : L'épilepsie traumatique	321
DESGOUTTES (Lyon) : Traitement chirurgical des gliomes cérébraux	307
DE SOUZA (Lisbonne) : Splénectomie et hématologie chez les enfants	432
DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA (Paris) : Curiethérapie du cancer de l'utérus	241
DONALDSON (Londres) : The treatment of inoperable carcinoma of the cervix uteri with radium	154
DONATI (Padova) : Sulla cura dei tumori cerebrali	264
DONATI (Padova) : Su di una forma porticolare de splenomegalia (splenomegalia linfantica) trattata con la splenectomia	422
EDINGTON (Glasgow) : Tropical abcess of the liver	469
FAURE (Paris) : Curiethérapie du cancer utérin	197
FROELICH (Nancy) : Kystes hydatiques de la rate	403
GAMBERINI (Bologne) : Sui risultati lontani dell'epilessia post-traumatica	326
GIORDANO (Venezia) : Discours à la séance inaugurale.....	143
GIORDANO (Venezia) : Chirurgia della Mlza	381
GIORDANO (Venezia) : Sull ascesso epatico tscessi con calcolose in lobo epatico aberrante	462
GIORDANO (Venezia) : Allocution	507
GOVERNATORE DI ROMA : Discours à la séance inaugurale ...	130
HERMAN (Anvers) : Chirurgie de la rate	460
JEFFERSON (Manchester) : Discussion on Jacksonian Epilepsy	323
JENTZER (Genève) : Traitement des tumeurs cérébrales	305
JENTZER (Genève) : Splénectomie dans un cas de kyste non parasitaire. Accouchement normal trois ans après l'intervention	386

JIRASEK (Praha) : Quelques réflexions sur l'avantage de l'ouverture de la dure-mère au cours de trépanations décompressives	282
JURASZ (Pozna'n) : Radiothérapie splénique	426
KRYNSKI (Varsovie) : Allocution	507
KUMMER (Genève) : La chirurgie de la rate	412
LARUELLE (Bruxelles) : La radiothérapie profonde associée à la chirurgie dans la thérapeutique des tumeurs cérébrales	289
LATIS BEY (Alexandrie) : La puntura esploratrice	461
LEONTE (Bucarest) : Quelques cas de splénectomie	431
LERICHE (Strasbourg) : Réponse	361
LORTHIOIR (Bruxelles) : Rapport	368
LORTHIOIR (Bruxelles) : Splénectomie	459
LORTHIOIR (Bruxelles) : Allocution	507
LUXARDO (San Daniele nel Friuli) : Contribuzione clinico allo studio dell'ascenso epatico	470
LYONNET (Paris) : Quelques indications spéciales de la splénectomie	407
MAGNUS (Oslo) : Traitement des tumeurs cérébrales	274
MARTIN (Cardiff) : Thérapeutique des tumeurs cérébrales	283
MARTIN (Bruxelles) : Thérapeutique des tumeurs cérébrales	287
MATTHIASSEN (Akureyri) : Suppuration du foie en Islande	504
MAYER (Bruxelles) : Discours à la séance inaugurale	141
MAYER (Bruxelles) : Curiethérapie profonde à distance	200
MAYER (Bruxelles) : Epilepsie Jacksonienne	358
MAYER (Bruxelles) : Rapport à l'assemblée générale	362
MIAKE : Jackson'sche Epilepsie	315
MONOD (Paris) : Curiethérapie du col de l'utérus	222
MOURE (Paris) : Quelques indications spéciales de la splénectomie	407
MUSSOLINI (Rome) : Discours à la séance inaugurale	131
ODESCALCHI (Milan) : Risultati e considerazioni sulla curieterapia del cancro dell' utero	231
PETRIDIS (Alexandrie) : Splénomégalie	459
PROUST (Paris) : Curiethérapie du cancer utérin	205

REGAUD (Paris) : Curiethérapie du cancer utérin	258
ROBINEAU (Paris) : Curiethérapie du cancer du col utérin	176
ROLANDO (Gênes) : Thérapeutique des tumeurs cérébrales	273
ROSSI (Aquila) : Chirurgia della Milza	406
SAN RICART (Barcelone) : Tumores cerebrales	309
SCHIASSI (Bologne) : Tumores cerebrales	309
SCHOEMAKER (La Haye) : Indications nouvelles de la splénectomie	410
SHEEN (Cardiff) : Surgery of the spleen	396
SILVESTRINI (Rimini) : Chirurgia della Milza	400
SLUYS (Bruxelles) : Contribution à l'étude du traitement des tumeurs de l'encéphale par la radiothérapie profonde	247
SLUYS (Bruxelles) : Réponse à M. Regaud	261
SLUYS (Bruxelles) : Emploi d'un appareil à foyers multiples et orientables et d'une méthode de mesure en gammathérapie profonde	509
SOLARO (Busto Arsizio) : Terapia del tumore cerebrali	278
SOLARO (Busto Arsizio) : Sulla epilessia Jacksoniana	330
SOUTTAR (London) : Treatment of cerebral tumour	281
TANSINI (Pavia) : Chirurgie de la rate	403
TROELL (Stockholm) : Chirurgie de la rate	458
VANA (Berne) : Le sang dans les affections malignes	253
WILLEMS (Liège) : Discours à la séance inaugurale	133
YOUNG (Glasgow) : The treatment of cerebral tumours	266
YOUNG (Glasgow) : Results of the treatment of Jacksonian epilepsy	319
ZAWADZKI (Varsovie) : Chirurgie de la rate	401



3 2044 075 016 097

216

3 2044 075 016 097